

LA COUVERTURE DES RISQUES

INTRODUCTION

1. Le système français de sécurité sociale couvre quatre catégories de risques sociaux :
 - Les risques maladie, maternité, invalidité et décès.
 - Le risque vieillesse.
 - Le risque accidents du travail et maladies professionnelles.
 - La compensation des charges de famille.

Nota : Les dispositions relatives au régime général reposent sur la distinction traditionnelle des assurances sociales, qui réunissent les assurances maladie, maternité, invalidité, décès et vieillesse (elles font l'objet du livre III du Code de la sécurité sociale), des accidents du travail (livre IV) et des prestations familiales (livre V). Introduite par l'ordonnance du 21 août 1967, confirmée depuis lors, notamment par l'institution des lois de financement de la sécurité sociale, la distinction des quatre branches : santé, retraite, accidents du travail et famille, confère désormais un caractère quelque peu formel à la notion d'assurances sociales.

2. La couverture du risque ne revêt pas la même étendue pour tous :
 - La compensation des charges de famille et la prise en charge des soins s'étendent désormais à l'ensemble de la population résidente.
 - La couverture du risque vieillesse demeure limitée, sous réserve des prestations non contributives qui relèvent de l'aide sociale, aux seuls actifs.
 - L'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles ne bénéficie qu'aux salariés (y compris les salariés agricoles) et, depuis peu, aux exploitants agricoles.
 - Seuls les salariés du régime général et des régimes spéciaux bénéficient enfin, au titre du régime légal, des prestations en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, la couverture du risque relevant pour partie, pour les travailleurs indépendants, des régimes complémentaires institués en sus du régime légal et gérés par les mêmes organismes.
3. On observe en revanche une harmonisation progressive des modalités de la prise en charge des risques :
 - Dès 1946, l'attribution des prestations familiales a été soumise à des règles uniformes.
 - Les modalités de prise en charge des soins ont été progressivement unifiées : tel a été l'objet, en dernier lieu, de la loi du 23 décembre 2000 qui a fait disparaître les restrictions propres au régime des travailleurs indépendants en ce qui concerne la prise en charge des soins de ville.
 - Les conditions d'attribution des pensions ont fait l'objet, au fil du temps, d'une double harmonisation tendant, d'une part, à ouvrir aux ressortissants des régimes des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles le bénéfice des règles propres au régime général, d'autre part, à aligner progressivement sur celles-ci les régimes spéciaux.

- On remarquera enfin que les conditions de la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles applicables aux salariés du régime général et aux salariés agricoles ont été reprises sauf exception lors de l'institution du régime AAEXA réservé aux exploitants agricoles.

C'est pourquoi on procédera, pour l'essentiel, à l'analyse des dispositions applicables au régime général en mentionnant, à l'occasion, les dispositions particulières propres aux autres régimes.

> CHAPITRE I

LA BRANCHE SANTÉ : LES ASSURANCES MALADIE, MATERNITÉ, INVALIDITÉ ET DÉCÈS

INTRODUCTION

1. On réunit, usuellement, sous l'égide de la branche santé quatre catégories de risques : la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès. Ces quatre catégories ont également pour objet, en effet, de prendre en charge les conséquences d'événements liés à la santé de l'assuré ou de ses ayants droit au moyen de prestations en nature (prise en charge des soins) et de prestations en espèces (indemnités journalières, pension d'invalidité et capital décès).

Dans cet ensemble, l'assurance maladie occupe une place prépondérante, les dépenses liées à la prise en charge des soins représentant elles-mêmes de l'ordre des neuf-dixièmes des dépenses de l'assurance maladie. On observera que, si l'assurance maladie est confondue, dans l'organisation des régimes, avec les branches maternité, invalidité et décès (du moins lorsque le régime couvre l'ensemble de ces risques), la loi de financement de la sécurité sociale procède à une distinction : il appartient en effet à la loi de financement de fixer, d'une part, les objectifs de dépenses par branche y compris la branche maladie, maternité, invalidité et décès (au même titre que les branches retraite, accidents du travail et prestations familiales), d'autre part, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui détermine pour partie la gestion du risque au cours de l'exercice (v. *supra*, chap. III, sect. 3, §1).

La branche santé représente plus de 40 % des dépenses de l'ensemble des régimes légaux de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, des dépenses qui ne cessent de s'accroître sous l'effet conjugué du vieillissement de la population, des progrès de la médecine, de l'évolution de la consommation ou encore de l'organisation du système de soins.

2. Le champ d'application de l'assurance maladie et maternité s'étend désormais à l'ensemble de la population :

- La branche maladie du régime général s'applique aux salariés de l'industrie et du commerce, qui ne relèvent pas d'un régime spécial. Elle couvre également pour partie certaines catégories de travailleurs relevant des régimes spéciaux (ainsi les fonctionnaires relèvent-ils du régime général en ce qui concerne la prise en charge des soins).
- Certaines catégories de salariés relèvent de régimes spéciaux : assez peu nombreux sont ces derniers toutefois qui couvrent les risques liés à la santé (régime minier, personnels de la SNCF).
- Les salariés agricoles bénéficient, dans le cadre de leur régime, de l'assurance maladie dans les mêmes conditions que les salariés relevant du régime général.
- Les travailleurs indépendants sont soumis sans distinction au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles institué par la loi du 12 juillet 1966, dont la gestion incombe désormais aux organismes du régime social des indépendants.
- Les exploitants agricoles ont également été dotés d'un régime d'assurance maladie et maternité (AMEXA), dont la gestion relève de la mutualité sociale agricole.

- Le régime de la Couverture maladie universelle (CMU) accueille enfin tous ceux qui ne relèvent pas, en qualité d'assuré ou bien d'ayant droit, d'un régime d'assurance maladie et maternité.

3. La couverture des risques liés à la santé n'est pas toutefois homogène. Une double distinction s'impose en effet :

- La *prise en charge des soins* s'étend désormais à l'ensemble de la population, qui plus est suivant des modalités identiques dans l'ensemble des régimes (seuls certains régimes spéciaux conservent des particularités).
- L'indemnisation des *arrêts de travail* en cas de maladie ou de maternité ne donne lieu au versement de prestations (indemnités journalières) au titre du régime légal qu'au sein des régimes de salariés. Elle n'intervient dans les régimes propres aux travailleurs indépendants et aux exploitants agricoles qu'au titre des prestations supplémentaires instituées pour tout ou partie des assurés ; des dispositions récentes ont toutefois étendu les prestations de l'assurance maternité à l'indemnisation du congé de maternité.
- Seuls les régimes de salariés assurent, au moyen de prestations spécifiques (pension d'invalidité et capital décès), la couverture des risques liés à l'invalidité et au décès. Les travailleurs indépendants bénéficient cependant d'une couverture du risque au travers des régimes complémentaires annexés à leurs régimes d'assurance vieillesse et gérés par les organismes en charge de ces derniers.

4. La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 (art. L. 111-2-1 C. séc. soc.) a rappelé, s'agissant plus précisément de l'assurance maladie, le caractère universel, obligatoire et solidaire du système, qui doit concourir en particulier, sous l'autorité de l'État et en partenariat avec les professionnels de santé, à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins ainsi qu'à la répartition homogène de l'offre de soins sur le territoire.

> SECTION 1

Les prestations en nature : la prise en charge des soins

Les prestations en nature de l'assurance maladie couvrent, en tout ou en partie, les frais médicaux et paramédicaux (honoraires médicaux et chirurgicaux, soins infirmiers, frais dentaires, analyses de laboratoire, hospitalisation, transport, etc.) exposés par l'assuré social pour lui-même et pour ses proches en cas de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle ; elles s'appliquent, dans le cadre de l'assurance maternité, à l'ensemble des soins liés à la grossesse et à la maternité. Quoiqu'elles se traduisent, en pratique, par des remboursements en argent (ou, le cas échéant, par le versement des sommes dues directement au prestataire des soins), on les qualifie traditionnellement de *prestations en nature*, dans la mesure où elles correspondent, dans leur montant, à tout ou partie des frais effectivement exposés par l'assuré, à la différence des *prestations en espèces*, qui revêtent le caractère d'un revenu de substitution dont l'assuré a la libre disposition.

§1 – LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

Désormais étendue à l'ensemble de la population, la prise en charge des soins obéit à un ensemble de règles bien précises. On mentionnera à part les règles propres aux prestations en nature de l'assurance maternité qui comportent certaines particularités.

A. Les conditions d'ouverture des droits

1. Si le droit aux prestations en nature de l'assurance maladie demeure subordonné à la justification par l'assuré d'une durée minimale d'activité ou de cotisation au régime, les conditions n'ont cessé d'être assouplies au fil des ans de manière à garantir l'accès aux soins. La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 a supprimé, en particulier, les conditions tenant à une durée minimale d'affiliation ou d'immatriculation antérieure.

Les conditions d'ouverture des droits s'apprécient normalement à la date des soins ou de leur prescription.

2. Les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature au titre du régime général comportent deux règles distinctes :

- Lorsque l'assuré justifie d'une activité minimale au cours d'un mois (soit 60 heures de travail salarié ou assimilé, soit une activité ayant donné lieu à des cotisations sur une rémunération égale à 60 fois le taux horaire du SMIC) ou d'un trimestre (soit 120 heures de travail salarié ou assimilé, soit une activité ayant donné lieu à des cotisations sur une rémunération égale à 120 fois le taux horaire du SMIC), le droit aux prestations est ouvert pendant l'*année* qui suit la fin du mois ou des trois mois de référence.
- Lorsque l'assuré peut justifier d'une durée d'activité au cours d'une année civile (soit 1 200 heures de travail salarié ou assimilé, soit une activité ayant donné lieu à des cotisations sur une rémunération égale à 2 030 fois le taux horaire du SMIC), le droit aux prestations est ouvert pour les *deux* années civiles qui suivent.

3. Dans les régimes propres aux travailleurs indépendants et aux exploitants agricoles, le droit aux prestations en nature est subordonné pour l'essentiel au versement régulier de ses cotisations par l'assuré. Le défaut de versement des cotisations ne suspend d'ailleurs pas immédiatement le droit aux prestations, la suspension (voire la suppression dans certains cas particuliers) ne pouvant intervenir qu'au terme d'un délai de trente jours.

4. Le droit aux prestations en nature est également ouvert indépendamment de toute condition d'activité donnant lieu à assujettissement à un régime :

- Les titulaires de certains avantages (pension d'invalidité, pension de retraite ou de réversion, rente accident du travail) bénéficient, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit, des prestations en nature du régime dont ils perçoivent leur avantage.
- Toute personne qui cesse de remplir les conditions pour ouvrir droit en qualité d'assuré ou d'ayant droit des prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie, bénéficie du *maintien de ses droits*. Le maintien des droits subsiste tant que l'intéressé n'a pas recouvré la qualité d'assuré ou d'ayant droit d'un régime obligatoire, sans pouvoir excéder une durée maximale de douze mois.

5. L'institution de la *Couverture maladie universelle* (loi n° 99-641 du 27 juill. 1999) conduit à ouvrir les droits aux prestations en nature (assurance maladie et maternité) à toute personne qui déclare ne pas relever d'un régime obligatoire. L'affiliation à la CMU est prononcée immédiatement (au besoin à titre provisoire dans l'attente de l'examen de la situation de l'assuré), le bénéfice des prestations est immédiat.

B. Le caractère familial des droits aux prestations en nature

1. Le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie s'étend non seulement à l'assuré lui-même, mais également à ceux de ses proches auxquels la loi reconnaît la qua-

lité d'*ayant droit*. Le droit aux prestations en nature revêt ainsi un caractère familial (au sens large du terme) sans qu'il donne lieu, en contrepartie, à une cotisation ou contribution supplémentaire de la part de l'assuré.

La qualité d'*ayant droit* revêt un caractère *subsidaire* : elle ne s'applique pas à un proche de l'assuré (par ex. : son conjoint) si celui-ci relève, en qualité d'assuré, d'un régime obligatoire d'assurance maladie.

2. La qualité d'*ayant droit* est reconnue à trois catégories de personnes parmi les proches de l'assuré :

- Le *conjoint* de l'assuré (sauf s'il est lui-même assuré ou exerce une activité sous certaines conditions).
- La personne à laquelle l'assuré est lié par un *pacte civil de solidarité* (PACS) ou le *concubin* (hétérosexuel ou homosexuel) lorsque celui-ci est à la charge effective, totale et permanente de l'assuré.
- Les *enfants* à la charge de l'assuré : légitimes, naturels, adoptés ou simplement recueillis, les enfants à la charge de l'assuré ont la qualité d'*ayant droit* jusqu'à l'âge de seize ans (l'âge limite est reporté à dix-huit ans pour les enfants en apprentissage et à vingt ans pour les enfants qui poursuivent des études, et pour ceux qui ne peuvent exercer une activité professionnelle en raison de leur état physique ou mental).
- Les *ascendants, descendants, collatéraux et alliés jusqu'au troisième degré* de l'assuré peuvent avoir la qualité d'*ayant droit* s'ils vivent sous le toit de celui-ci et se consacrent aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de quatorze ans.

Nota : En cas de décès ou de divorce de l'assuré, le bénéfice des prestations en nature est maintenu aux membres de la famille pendant un an (ou jusqu'au troisième anniversaire du dernier enfant).

C. L'étendue de la prise en charge des soins

Deux traits caractérisent la prise en charge des soins : elle revêt, d'ordinaire, le caractère d'un remboursement, et elle laisse à la charge de l'assuré une partie des frais exposés. L'application de ces deux principes s'avère toutefois nuancée.

1. LE PRINCIPE DU REMBOURSEMENT

1. La prise en charge des soins prend la forme, le plus souvent, du *remboursement* à l'assuré de tout ou partie des frais qu'il a exposés : il lui appartient de faire l'*avance des frais* (par ex. : en réglant directement les honoraires du médecin ou en s'acquittant du montant des médicaments) avant de solliciter ensuite le remboursement de ceux-ci auprès de l'organisme d'assurance maladie.

2. Le principe comporte toutefois une exception : le mécanisme du *tiers payant* conduit, en effet, l'organisme d'assurance maladie à régler directement au prestataire des soins la part des frais couverts par l'assurance maladie, l'assuré n'ayant plus alors à verser, le cas échéant, que la part qui demeure à sa charge.

Le tiers payant s'applique systématiquement au règlement des frais hospitaliers. Il tend à s'étendre, grâce aux conventions conclues en ce sens entre les organismes d'assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels de santé, à la prise en charge des frais de médecine de ville : il en va ainsi des médicaments (tiers payant phar-

maceutique), des prestations de certains auxiliaires médicaux (infirmiers) ou des transports sanitaires.

2. LA PARTICIPATION DE L'ASSURÉ

1. La prise en charge des soins ne s'étend pas, sauf exception, à l'ensemble des frais supportés par l'assuré, qui en conserve une part à sa charge. La *participation* de l'assuré répond à deux motifs, le premier tenant à la limitation des dépenses de l'assurance maladie qui en résulte, le second au souci de sensibiliser l'assuré au coût des soins.
2. La participation de l'assuré s'est inscrite, traditionnellement, dans le cadre du *ticket modérateur* : la participation de l'assuré conduit ainsi à laisser à sa charge une fraction (exprimée en pourcentage) du montant des frais exposés. Le taux de la participation varie selon la nature et l'importance des frais ; il est fixé désormais par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), dans les limites prévues par voie réglementaire (par ex. : entre 25 et 35 % pour les honoraires des praticiens, entre 35 et 45 % pour les honoraires des auxiliaires médicaux et les frais d'analyses biologiques ou entre 60 et 70 % pour les médicaments destinés au traitement des affections bénignes).

La participation de l'assuré peut faire l'objet d'une limitation ou d'une suppression en fonction soit de la nature de l'affection ou de l'acte, soit de la situation de l'assuré :

- La participation de l'assuré est purement et simplement supprimée dans une série de cas : patient reconnu atteint d'une affection longue et coûteuse, hospitalisation supérieure à trente jours, frais de transport d'urgence suivi d'hospitalisation, hospitalisation des nouveaux nés, dépistage des virus du sida et de l'hépatite C, etc.).
 - Elle est ramenée à une somme forfaitaire de 18 € pour certains actes lourds (ainsi, le cas échéant, que les frais d'hospitalisation y afférents).
3. La loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 a donné naissance au *forfait journalier* à la charge de l'assuré pour chaque journée passée au sein d'un établissement de soins. Le montant du forfait journalier est fixé aujourd'hui à 16 € (12 € en cas d'admission dans un service ou établissement psychiatrique). Il s'impute, le cas échéant, sur le montant du ticket modérateur du par le patient. Le forfait journalier fait l'objet de mesures d'exonération au profit de certaines catégories (personnes admises en unité de long séjour, nouveaux nés, enfants handicapés, etc.).
 4. Deux nouvelles mesures sont venues, récemment, accroître la participation à la charge de l'assuré :
 - La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 a institué, en sus du ticket modérateur proportionnel, une *participation forfaitaire* par acte ou consultation réalisé par un praticien (en ville ou en établissement) et par acte de biologie médicale : le montant de la participation est fixé à un euro par acte, sans que le cumul des forfaits puisse excéder 50 € par an et par bénéficiaire. Elle comporte certaines exonérations (par ex. : femmes enceintes, bénéficiaires de la CMU complémentaire).
 - La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (loi n° 2007-1786 du 19 déc. 2008) a repris le même principe et assorti d'une *franchise* les médicaments (0,50 € par boîte), les actes effectués par les auxiliaires médicaux (0,50 € par acte) et les transports sanitaires (2 € par transport), sans que le montant des franchises supportées par un même assuré puisse excéder 4 € pour une même journée, ni 50 € par an. Les femmes enceintes, les ayants droit mineurs et les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont

exonérés de la franchise, laquelle étend ses effets, en revanche, aux victimes d'accidents du travail.

5. Si elle demeure élevée (de l'ordre de 80 % des dépenses de santé), l'intervention de l'assurance maladie laisse une part non négligeable de la dépense à la charge des patients, l'observation s'imposant, plus particulièrement encore, au sujet des soins relevant de la médecine de ville moins bien couverts que l'hospitalisation. Le phénomène ne tient pas seulement aux mécanismes de la participation des assurés (ticket modérateur, forfait journalier, franchises), mais également à la distorsion croissante entre les tarifs de remboursement et les tarifs effectivement pratiqués par les professionnels de santé (tel est le cas, par ex., des honoraires médicaux chaque fois que le praticien relève du secteur des honoraires libres).

La prise en charge des soins par l'assurance maladie est complétée, pour partie, par les prestations développées, au titre des couvertures complémentaires, par les mutuelles, les institutions de prévoyance ou encore par les assurances. Le recours à de telles couvertures implique toutefois un effort financier supplémentaire de la part des patients.

Soucieux d'améliorer l'accès aux soins des personnes de condition modeste, les pouvoirs publics ont institué en 1999, en plus de la Couverture maladie universelle, une *Couverture maladie universelle complémentaire* (CMUC). Ouverte aux personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé, la CMUC garantit, en recourant d'ailleurs au mécanisme du tiers payant, la prise en charge de la part des soins qui n'est pas couverte par les prestations en nature (prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, prise en charge de certains frais tels les soins dentaires dans les limites fixées par voie réglementaire). Les bénéficiaires peuvent s'affilier auprès de l'organisme de leur choix (organisme d'assurance maladie, mutuelle ou institution de prévoyance, assurance). Le financement est assuré par un *Fonds de financement* : financé par une contribution due par les organismes de protection sociale complémentaire et par une dotation de l'État, le fonds rembourse aux organismes qui prennent en charge les bénéficiaires de la CMUC le montant des prestations servies et leur verse un forfait par personne affiliée auprès d'eux (230 € par an et par bénéficiaire).

3. LE RÉGIME DES PRESTATIONS EN NATURE

1. Le versement des prestations en nature incombe à l'organisme d'assurance maladie auprès duquel l'assuré est affilié (il s'agit, sauf exception, de l'organisme dans la circonscription duquel l'assuré a sa résidence).

2. Sauf application des règles du tiers payant, il appartient à l'assuré de demander le remboursement de ses frais en produisant les pièces justificatives (ordonnance, feuille de soins, etc.). Le développement du tiers payant et la dématérialisation des procédures (notamment par le recours à la carte *Vitale*) conduisent à alléger considérablement les formalités requises pour l'obtention des prestations.

3. La prise en charge de certains soins et actes est soumise à l'accord préalable des services du contrôle médical (procédure de l'*entente préalable*). Si l'accord peut être tacite (en l'absence d'avis explicite du service dans le délai prescrit), si l'urgence dispense de la formalité, les soins ne peuvent donner lieu à prise en charge lorsqu'ils ont été dispensés sans qu'ait été respectée la procédure de l'entente préalable.

Indépendamment de la procédure de l'entente préalable, les services du contrôle médical peuvent s'assurer du bien-fondé, du point de vue médical, des soins, actes et prestations dont le remboursement est sollicité. Les avis du service du contrôle médical

s'imposent aux services administratifs des organismes, qui doivent ainsi, en cas d'avis négatif du contrôle médical, refuser la prise en charge ou, si le remboursement est intervenu, engager une procédure de répétition de l'indu. En cas de litige entre le médecin traitant de l'assuré et le médecin conseil de l'organisme, il y a lieu à une *expertise médicale* (v. *supra*, première partie, chap. IV, sect. 1, §2).

L'action des services du contrôle médical ne s'exerce pas seulement à l'égard des assurés et de leurs ayants droit, mais également à l'égard des praticiens et auxiliaires médicaux et des établissements de santé.

4. Le droit aux prestations en nature de l'assurance maladie est assorti d'une prescription de deux ans qui court à compter du premier jour du trimestre qui suit celui auquel se rapportent les prestations. L'action en répétition des prestations indûment perçues par l'assuré se prescrit également par deux ans, sauf fraude ou fausse déclaration.

L'organisme d'assurance maladie peut exiger, par ailleurs, le remboursement de l'indu au professionnel de santé lorsque le versement est intervenu à la suite de l'inobservation des règles de tarification ou de facturation des soins, actes et prestations. La règle s'applique également, en cas de prescription d'un arrêt de travail, au remboursement des indemnités journalières servies à l'assuré.

D. Les dispositions propres à l'assurance maternité

1. Si elle obéit, pour l'essentiel, aux mêmes principes que la couverture des soins, la prise en charge de la maternité comporte néanmoins certaines particularités. Elle se traduit notamment par des conditions plus favorables : les pouvoirs publics ont entendu marquer, en effet, une sollicitude particulière à la mère et, à travers elle, à l'enfant, les règles de l'assurance maternité venant ainsi compléter, d'une certaine manière, la mise en œuvre des objectifs assignés à la branche famille.

2. L'ouverture des droits aux prestations en nature de l'assurance maternité répond aux mêmes conditions que l'assurance maladie : il convient toutefois d'en apprécier la réunion soit au début du neuvième mois avant la date présumée de l'accouchement, soit à la date du début du congé de maternité.

3. Le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maternité est ouvert, naturellement, à la femme qui a de son propre chef la qualité d'assurée sociale.

Il s'étend également à certains ayants droit :

- la *conjointe* de l'assuré ;
- les *enfants* (de sexe féminin) de l'assuré (suivant les mêmes limites d'âge que les prestations en nature de l'assurance maladie).

4. La couverture des charges de maternité est plus étendue : elle est exonérée, en effet, des participations exigées au titre de l'assurance maladie (ticket modérateur, forfait journalier, franchises).

Les prestations en nature de l'assurance maternité couvrent, plus précisément, l'ensemble des soins et frais médicaux pendant une période qui débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et s'achève douze jours après celui-ci.

Elles couvrent également certains frais particuliers (tels les frais liés aux examens pré et postnataux, les frais liés au dépistage de certaines affections ou encore les frais d'interruption de grossesse à des fins thérapeutiques).

§2 – LA DÉTERMINATION DES FRAIS PRIS EN CHARGE ET LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ

La prise en charge des soins implique la conciliation entre deux principes contradictoires : la reconnaissance à chacun de l'accès le plus large aux soins et le souci de l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie, alors même que les dépenses de santé croissent rapidement.

A. L'évolution du système français

1. Trois systèmes s'offrent, en théorie, en la matière :

- Le système de l'*assurance remboursement* : au rapport *médecin/patient*, s'ajoute un rapport *patient/assurance maladie*, celle-ci couvrant les frais exposés par le patient soit en fonction des sommes effectivement déboursées par celui-ci (la formule exposant l'assurance maladie à un déséquilibre financier ou à l'accroissement continu des cotisations), soit de manière purement forfaitaire (la formule conduisant alors à une distorsion croissante entre les débours du patient et les remboursements qui lui sont garantis).
- Le système de la *médecine de caisse* : l'assurance maladie garantit la gratuité des soins pour autant que les assurés recourent aux prestataires qu'elle leur désigne (ce sont, selon les cas, des prestataires qui relèvent directement des organismes, ou des prestataires extérieurs avec lesquels l'assurance maladie contracte pour l'accueil de ses assurés). Retenu par certains pays européens (notamment dans le cadre des premières assurances sociales avant la Seconde Guerre mondiale), le système de la médecine de caisse s'applique, en France, au sein de certains régimes spéciaux (régime minier, régime des agents de la SNCF).
- La création d'un *service national de santé* : radicale, la formule conduit à instituer un service national, placé sous l'autorité de la collectivité publique, qui réunit les prestataires de soins (médecins, pharmacies, établissements de soins, etc.), financé par l'impôt et appelé à délivrer gratuitement ses prestations à la population. C'est la solution retenue, conformément aux principes du plan Beveridge, par la Grande-Bretagne en 1945 avec l'institution du *National Health Service*. Un service national de santé a également été institué, plus récemment, en Italie et en Espagne.

2. L'aménagement du système de santé et de ses rapports avec l'assurance maladie se heurte, en France, à plusieurs difficultés :

- La première tient, incontestablement, à l'ampleur du corporatisme des professions de santé (et, au premier chef, des médecins), hostiles à toute remise en cause des principes de l'exercice libéral de la médecine.
- Il convient également de faire la part de l'éclatement des pouvoirs : si la gestion du risque maladie relève, pour partie, de la responsabilité des organismes d'assurance maladie et, plus particulièrement, des organismes nationaux, l'État demeure seul responsable de la politique de la santé publique. On ne saurait passer sous silence l'incidence du statut des établissements de soins publics qui conservent le caractère d'établissements publics communaux ou intercommunaux.
- Le développement de la construction européenne n'est pas non plus sans incidence. Certes, chaque État membre conserve la maîtrise de son système de sécurité sociale ; c'est sous réserve cependant de ne pas faire obstacle à l'application des règles

communautaires et, notamment, au libre jeu des principes économiques (il en va ainsi, par ex., des incidences de la libre prestation de service sur l'activité des professions de santé ou de la libre circulation des biens sur la distribution des médicaments).

3. Sans renoncer aux principes de l'assurance remboursement, les pouvoirs publics se sont efforcés d'en aménager l'application. On peut distinguer, schématiquement, trois périodes :

- Au cours des années soixante et soixante-dix, les mesures adoptées ont tendu, prioritairement, à la définition et à l'application de règles de tarification également applicables à la facturation des soins par le prestataire et à leur remboursement par l'assurance maladie, de manière à limiter la part laissée à la charge du patient. Tel fut, en particulier, l'objectif poursuivi par le développement des conventions (essentiellement tarifaires à l'origine) entre l'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux.
- La période courant de 1980 à 1995 s'est traduite, en revanche, par une véritable réduction de la couverture des risques. Peu soucieux d'entrer en conflit avec les professions de santé, préoccupés par les difficultés financières croissantes de la branche maladie, les gouvernements ont opté, fréquemment, en faveur de mesures de réduction des charges de l'assurance maladie non seulement en augmentant la participation de l'assuré (forfait journalier), mais plus encore en laissant s'instaurer la rupture entre le tarif pratiqué par le professionnel de santé et la base retenue pour le remboursement (tel fut l'effet, sinon l'objet, du secteur à honoraires libres institué, pour la première fois, par la Convention nationale des médecins de 1980).
- Depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, les gouvernements se sont engagés dans une politique de maîtrise des dépenses de santé (on mentionnera, plus particulièrement, en ce sens les ordonnances du 24 avril 1996 prises dans le cadre du « plan Juppé » et la loi du 13 août 2004). L'ensemble manque toutefois de cohérence et, soit manque de courage politique, soit conversion aux canons de l'économie de marché, les mesures prises s'appliquent plus à la réduction des droits des assurés qu'au renforcement des obligations pesant sur les professions de santé.

B. Les règles de tarification et de facturation

La prise en charge des soins repose sur l'application de règles de tarification ou de facturation des soins, actes et prestations délivrés aux assurés sociaux.

1. LA TARIFICATION DES SOINS DE MÉDECINE DE VILLE

1. Les rapports entre l'assurance maladie et les professions de santé (praticiens et auxiliaires médicaux) demeurent marqués par les principes de l'exercice libéral de la médecine : la *liberté d'installation*, le *libre choix* du praticien par le patient, la *liberté de prescription* du praticien, l'*entente directe* pour la fixation des honoraires et le *secret professionnel*. Traditionnels, ces principes ont été solennellement réaffirmés, il est vrai « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique », par la loi du 3 juillet 1971 et érigés en « principes déontologiques fondamentaux » (art. L. 162-2 C. séc. soc.). S'ils souffrent à présent nombre d'exceptions, ces principes n'en exercent pas moins leurs effets.

2. La prise en charge des soins, actes et prestations des praticiens et auxiliaires médicaux s'inscrit, en premier lieu, dans le cadre de règles de *tarification*.

Voici peu encore, la tarification découlait de la *Nomenclature générale des actes professionnels* (NGAP) et de la *Nomenclature des actes de biologie*. La valeur de chaque acte ou prestation était déterminée en fonction de l'application d'un coefficient à une lettre-clé correspondant à la nature de l'activité (ainsi un acte coté K 50 correspondait-il à un acte de chirurgie [lettre-clé K], équivalent à cinquante fois la valeur de la lettre-clé K). Les nomenclatures n'avaient d'autre objet que de permettre la tarification des actes dans le respect du secret médical : deux actes nettement différents, répondant à des pathologies distinctes, pouvaient ainsi être affectés du même coefficient, dès lors que leur importance justifiait un même tarif.

Jugé obsolète, le mécanisme des nomenclatures cède actuellement la place à la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM), qui recense 7 200 actes techniques, médicaux et chirurgicaux : à chaque code correspond désormais un acte distinct. La Classification doit permettre ainsi non seulement de procéder à la tarification des actes, mais également à leur connaissance, notamment pour l'appréciation de l'activité des professionnels de santé et le développement des études de santé publique. La classification est entrée en vigueur progressivement depuis le 25 mars 2005.

C'est au pouvoir réglementaire (aujourd'hui délégué à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie) qu'il appartient d'inscrire, de modifier ou de radier un acte de la Classification. Il doit prendre l'avis, au préalable, de la Haute autorité de santé.

3. La fixation proprement dite des tarifs (hier la valeur des lettres-clé des nomenclatures, aujourd'hui et demain la valorisation des actes de la CCAM) relève, en revanche, de la négociation entre les organismes d'assurance maladie et les organisations représentatives des professions de santé.

a) L'évolution des conventions entre l'assurance maladie et les professions de santé

Ce n'est pas sans heurt que les rapports conventionnels se sont développés entre l'assurance maladie et les professions de santé.

- En 1945, les rapports entre l'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux s'inscrivaient dans le cadre de *conventions départementales*. De nombreux départements n'étant pas couverts, faute d'accord entre les caisses primaires et les syndicats médicaux locaux, un décret du 12 mai 1960 institua une *convention-type*, à laquelle les praticiens pouvaient adhérer à titre individuel lorsqu'ils exerçaient leur activité dans un département dépourvu de convention.
- La loi du 3 juillet 1971 substitua aux conventions départementales une *convention nationale* conclue entre les organismes nationaux des trois principaux régimes d'assurance maladie et les organisations représentatives des praticiens, et approuvée par les pouvoirs publics. Progressivement étendu à l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux, aux laboratoires d'analyses de biologie ainsi qu'aux cliniques privées, le régime de la convention nationale a ouvert aux assurés sociaux la garantie d'un remboursement des soins par l'assurance maladie sur la base des tarifs effectivement pratiqués par les prestataires de soins, d'autant que la quasi totalité des praticiens et auxiliaires médicaux ont entendu exercer leur activité sous le régime conventionnel.
- La situation s'est dégradée en revanche à partir de 1980. Souhaitant limiter la progression des dépenses de l'assurance maladie, les pouvoirs publics ont accepté l'ouverture d'une brèche dans le dispositif conventionnel : l'institution du *secteur 2* a autorisé les médecins à adhérer à la convention nationale tout en conservant

le droit de pratiquer les honoraires de leur choix (sous réserve de fixer ceux-ci avec *tact et mesure*). Il s'en est suivi, au fil des conventions nationales de 1980 et de 1985 en particulier, un développement considérable des praticiens pouvant user de la liberté tarifaire (notamment dans les agglomérations urbaines) au détriment de l'accès aux soins (un quart des médecins pratiquent aujourd'hui les honoraires de leur choix). Si le secteur 2 a fait l'objet de certaines limitations dans les conventions conclues au cours des années quatre-vingt-dix (gel de l'accès au secteur 2, obligation faite au praticien d'effectuer une part de son activité en honoraires conventionnels), l'éclatement des secteurs tarifaires demeure préoccupant.

b) Le système actuel : le « mille-feuille » conventionnel

Les relations entre l'assurance maladie et les professions de santé reposent aujourd'hui sur un ensemble de conventions, assorties pour certaines d'entre elles d'annexes annuelles.

- Un *accord cadre interprofessionnel*, négocié et conclu pour cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des professions de santé, doit fixer les règles communes à l'ensemble des professions de santé (qualité des soins, coordination, etc.). Aucun accord n'a encore pu être conclu sur ce point.
- Une *convention nationale* régit les relations entre l'assurance maladie et chaque profession (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, etc.). Négociée et conclue entre l'UNCAM et les organisations professionnelles pour une durée de cinq ans, chaque convention fixe les règles propres à la profession. Elle est assortie, chaque année, d'une annexe tarifaire en fonction des objectifs de la loi de financement de la sécurité sociale.
- Des *accords de bon usage des soins*, collectifs ou proposés à l'adhésion individuelle, des *accords conventionnels interprofessionnels* ou encore des *accords locaux* peuvent compléter les règles édictées par l'accord cadre et les conventions nationales.

Les textes applicables faisant l'objet, à peu près chaque année, de modifications, le contenu des conventions est devenu hétérogène. D'une convention à l'autre, on retrouve toutefois trois séries de clauses :

- Des clauses *financières* : la convention (et ses annexes annuelles) fixent les tarifs applicables (sous réserve des règles propres aux honoraires libres) ainsi, le cas échéant, que les engagements relatifs aux volumes d'activité et de prescription.
- Des clauses relatives aux *soins* : la convention traite ainsi des modalités de délivrance des soins (qualité et continuité des soins, économie des soins, etc.).
- Des clauses relatives au *comportement des praticiens* : la convention institue des procédures de sanction à l'égard des praticiens qui ne respectent pas les règles qu'elle édicte (parmi les sanctions, on mentionnera, en particulier, la *mise hors-convention*, qui conduit l'assurance maladie à ne plus rembourser, pendant la durée de la mesure, les patients du praticien).

Il convient de préciser enfin que les praticiens et auxiliaires médicaux bénéficient de certains avantages sociaux s'ils exercent leur activité sous le régime conventionnel. Ils bénéficient ainsi, moyennant la prise en charge d'une partie de leurs cotisations par l'assurance maladie (prise en charge supprimée toutefois pour les praticiens en secteur 2), d'une affiliation au régime général au titre des prestations en nature des assurances maladie et maternité et des prestations de l'assurance décès, ainsi que d'un avantage vieillesse complémentaire.

Nota : Les rapports entre l'assurance maladie et les médecins sont régis, à présent, par une convention nationale conclue le 12 janvier 2005 et approuvée par un arrêté du 3 février 2005.

c) Le régime juridique des conventions entre l'assurance maladie et les professions de santé

Les conventions nationales sont négociées et conclues entre l'UNCAM (qui fédère les trois principaux régimes d'assurance maladie) et les organisations syndicales représentatives de la profession couverte par la convention. Si la convention peut être valablement conclue par une partie seulement des organisations représentatives, elle peut faire l'objet, lorsqu'elle a été conclue par des organisations minoritaires, d'une opposition de la part des organisations non signataires. Les conventions sont conclues normalement pour une durée de cinq ans.

Les conventions nationales doivent, de même que leurs annexes et avenants, être approuvées par les pouvoirs publics, l'approbation leur conférant leur caractère exécutoire. Désormais implicite, l'approbation ne peut être refusée que pour des motifs tirés de l'illégalité des clauses de la convention ou des exigences de la santé publique, de la sécurité sanitaire ou de l'égal accès aux soins.

En l'absence de convention ou d'approbation de la convention dûment conclue, il y est suppléé par un *règlement arbitral* élaboré par un arbitre (désigné d'un commun accord par les parties et, à défaut, par la Haute autorité de santé) et approuvé par les pouvoirs publics.

La convention nationale revêt, en raison de la présence d'une personne publique (l'UNCAM) parmi ses signataires, de son objet et de la nature de ses clauses, le caractère d'un *contrat administratif*; l'approbation constitue, quant à elle, un *acte administratif réglementaire*. Qu'il s'applique directement à la convention, ou bien à son approbation (et, par voie d'exception, à la convention), le contentieux des conventions ressortit ainsi à la compétence des *juridictions administratives*.

2. LA TARIFICATION DES PRESTATIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

1. La tarification des prestations des établissements de soins (et des prestations de certains établissements médico-sociaux, qui donnent lieu pour partie à une prise en charge par l'assurance maladie [par ex. : prise en charge sous forme de forfaits des soins délivrés dans les maisons de retraite]) obéit à une distinction qui oppose les établissements relevant du *service public hospitalier* (établissements de santé publics et établissements privés participant au service public) auxquels sont assimilés les établissements privés à but non lucratif, et les établissements privés à but lucratif (souvent appelés *cliniques privées*).

2. Durablement, le financement des établissements relevant du service public hospitalier et les établissements à but non lucratif a reposé sur le mécanisme des *prix de journée* : calculé par service, en fonction de l'activité et des charges prévisionnelles, le prix était perçu ensuite pour chaque journée passée dans le service par un patient.

Jugé inflationniste, le prix de journée a été remplacé, au 1^{er} janvier 1984, par le mécanisme de la *dotation globale de fonctionnement* : également calculée en fonction de l'activité prévisionnelle de l'établissement (plus exactement de la part de celle-ci au profit des patients relevant des régimes français d'assurance maladie) et des charges prévisionnelles afférentes, la dotation globale faisait l'objet ensuite d'un versement, par douzième, à l'établissement par les organismes d'assurance maladie sans pouvoir faire l'objet, sauf excep-

tion, d'un ajustement en cours d'exercice, par exemple en cas d'activité plus importante ou de charges supérieures.

La détermination du montant des dotations globales de fonctionnement a fait l'objet de mesures d'encadrement destinées à en ralentir la progression. Depuis 1997 en particulier, le montant des dotations destinées aux établissements de soins s'inscrit dans une enveloppe nationale (initialement déterminée par le Gouvernement, elle découle aujourd'hui de l'un des sous-objectifs de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie), dont le montant est réparti ensuite en enveloppes régionales à *caractère limitatif*, à charge pour l'Agence régionale d'hospitalisation de procéder à la répartition du montant dont elle dispose en fonction des besoins de la population, des orientations du schéma régional d'orientation sanitaire et des activités et des coûts des établissements.

3. Auparavant déterminé par une convention nationale conclue entre les organismes nationaux d'assurance maladie et les organisations représentatives des établissements, doublée d'un accord tripartite entre l'État et les partenaires conventionnels, le financement des cliniques privées s'inscrit à présent dans le cadre d'un *objectif quantifié national*, fixé chaque année par voie d'arrêté. Un accord annuel conclu entre l'État et les organisations professionnelles (ou, à défaut, un arrêté) précise les niveaux moyens d'évolution des tarifs, qui sont adaptés ensuite au niveau régional par un accord conclu entre l'Agence régionale d'hospitalisation et les organisations professionnelles (ou, à défaut d'accord, par l'ARH seule).

4. La tarification des prestations des établissements de soins fait actuellement l'objet d'une nouvelle réforme d'importance avec l'adoption de la *tarification à l'activité* (T2A), applicable à l'ensemble des établissements sans distinction.

La réforme repose sur des tarifs applicables à des pathologies déterminées en fonction de *groupes de séjour homogènes*. Le tarif ainsi défini doit couvrir l'ensemble des soins, actes et prestations (réserve faite de certaines prestations qui donnent lieu, par exception, à une prise en charge distincte). Expérimenté au cours des années 2001-2005, le mécanisme de la T2A reçoit application pour l'activité des services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique en attendant son extension progressive à l'ensemble des activités hospitalières. Certaines des missions de l'hôpital donnent lieu, toutefois, à des mesures de financement spécifiques (par ex. : les missions d'intérêt général telles que l'enseignement et la recherche, sont financées par une enveloppe nationale au titre des *missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation* [MIGAC]).

3. LE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ

1. L'admission au remboursement des médicaments et spécialités pharmaceutiques repose sur deux procédures successives distinctes :

- L'*autorisation de mise sur le marché* est d'ordre scientifique : délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (anciennement Agence du médicament), elle a pour objet de garantir les qualités médicales du médicament.
- L'*admission au remboursement* a pour objet de permettre la prise en charge, lorsqu'il est prescrit par un praticien, du médicament par l'assurance maladie. Elle est accordée en fonction de l'intérêt médical du médicament (il est procédé ainsi à l'évaluation du *service médical rendu*) et précise les conditions de prescription et d'utilisation du médicament ainsi que son prix. Complexe, la procédure associe la Haute autorité de santé, l'UNCAM et l'État. La fixation des prix donne lieu à une convention avec le laboratoire et, à défaut, à un arrêté interministériel.

2. Il convient de mentionner le développement des *médicaments génériques*, c'est-à-dire des médicaments qui peuvent être fabriqués par tout laboratoire dans la mesure où le brevet dont ils sont issus est tombé dans le domaine public. Les mesures prises depuis une douzaine d'années tendent à favoriser la prescription des médicaments génériques dans le souci de réaliser des économies au bénéfice de l'assurance maladie.

3. Le remboursement des autres produits et prestations (appareillage, prothèse dentaire, optique, etc.) est effectué sur la base de tarifs forfaitaires fixés par la voie réglementaire (l'inscription des produits et prestations sur la liste est subordonnée à un avis de la Haute autorité de santé).

C. La politique de maîtrise des dépenses de santé

1. Ancienne, la volonté des pouvoirs publics de limiter la progression des dépenses de santé (qui représentent aujourd'hui plus de 8 % du produit intérieur brut) s'est traduite, depuis les années quatre-vingt, par l'adoption de multiples mesures. Les résultats s'avèrent limités en définitive, la succession même des mesures et des réformes, dont nombre demeurent sans application véritable, ne contribuant d'ailleurs pas à l'efficacité de la politique ainsi entreprise.

2. La maîtrise des dépenses de santé s'est traduite, en premier lieu, par l'adoption de mesures d'ordre institutionnel. On mentionnera ainsi :

- La création, en 1996, des *agences régionales d'hospitalisation* (ARH) : instituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public, composée à égalité de représentants des administrations de l'État et des organismes d'assurance maladie, l'ARH a hérité des attributions dévolues antérieurement aux préfets pour la planification sanitaire (création et extension des établissements de soins) et la tarification (fixation des tarifs et dotations globales des établissements). La transformation de l'ARH en *agence régionale de santé*, aux attributions élargies, est périodiquement envisagée.
- L'organisation des partenaires de l'assurance maladie : non sans maladresse, les pouvoirs publics se sont efforcés de doter d'instances représentatives les médecins (création des *Unions régionales des médecins exerçant à titre libéral* [UREM]), les professions de santé (*Union nationale des professions de santé* [UNPS]) ou les organismes de gestion des couvertures complémentaires (*Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire* [UNOCAM]).
- L'institution d'un organisme commun aux organismes nationaux des trois principaux régimes d'assurance maladie : l'*Union nationale des caisses d'assurance maladie* (UNCAM). Unique interlocuteur des professions de santé et établissements de soins (notamment pour la négociation des conventions et accords nationaux), l'UNCAM a reçu délégation sur de nombreux points du pouvoir réglementaire, par exemple pour fixer le taux de la participation des assurés pour certains actes, déterminer le taux de remboursement de certains produits ou encore admettre certains actes et prestations au remboursement.
- La création de la *Haute autorité de santé* : érigée en autorité administrative indépendante, dotée de la personnalité juridique, la Haute autorité de santé doit pourvoir à l'évaluation périodique des produits, actes et prestations de santé, à l'élaboration des guides et recommandations de bon usage des soins et de bonne pratique, à l'accréditation et à la certification des professionnels et établissements de santé ainsi qu'à l'évaluation de la prise en charge de la population par le système de santé.

3. La politique de maîtrise des dépenses revêt, pour partie, un caractère *quantitatif* (on évoque parfois la maîtrise *comptable* des dépenses).

On évoquera, à ce titre, les mesures qui tendent à la réduction de l'offre de soins. Des mesures sont ainsi intervenues pour faciliter le départ anticipé à la retraite des médecins pour en réduire le nombre. De même, les pouvoirs publics s'efforcent-ils de procéder à la restructuration des établissements de soins (fusions et suppressions, réseaux de soins, etc.).

L'effort s'est également développé sur le plan financier. Les pouvoirs publics ont entrepris d'assigner aux professions de santé des objectifs quantifiés : exprimés en volume d'activité (ainsi qu'en volume de prescription pour les médecins), définis annuellement par annexe aux conventions nationales (et, à défaut, par arrêté) dans le respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie, ces objectifs devaient se traduire, s'ils faisaient l'objet d'un dépassement, par un reversement à la charge des intéressés. D'ailleurs remises sur le métier à plusieurs reprises, ces mesures n'ont guère produit leur effet, l'observation s'appliquant, tout particulièrement, aux médecins.

4. La politique de maîtrise des dépenses revêt également, pour partie, un caractère *qualitatif* (on évoque parfois la maîtrise *médicalisée* des dépenses).

Les mesures adoptées à ce titre tendent à l'amélioration de la qualité des soins :

- Elles touchent à l'*offre de soins* : il en va ainsi, en particulier, de la généralisation des procédures d'accréditation et de certification des professionnels et établissements de santé.
- Elles concernent également la *délivrance des soins* : l'observation s'applique ainsi aux mesures qui tendent à améliorer le suivi du patient (institution du *cahier de santé* et, dans un proche avenir, du *dossier médical personnel*) ou le rôle du médecin généraliste (rôle du *médecin traitant* dans le cadre du *parcours de soins coordonné*).
- Elles s'appliquent enfin à la *qualité des soins* : on mentionnera, par exemple, le développement des recommandations et normes professionnelles (telles les *références médicales opposables* ou les recommandations de bon usage des soins et de bonne pratique)

> SECTION 2

Les prestations en espèces : les indemnités journalières, la pension d'invalidité et le capital décès

Les assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également appelées à servir des *prestations en espèces* qui ont pour objet de compenser, en tout ou partie, la perte de revenu résultant de l'arrêt de travail (maladie), du congé de maternité, de l'invalidité ou encore du décès de l'assuré. Contrairement aux prestations en nature qui s'appliquent, à quelques nuances près, à l'ensemble de la population selon les mêmes règles, le droit aux prestations en espèces varie, dans son principe et dans son étendue, suivant les régimes et les branches.

§1 – L'INDEMNISATION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL : LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DE L'ASSURANCE MALADIE

L'indemnisation de l'arrêt de travail a pour objet la compensation, pour partie, de la perte de revenu que subit l'assuré que la maladie contraint à cesser son activité professionnelle.

Seuls les régimes propres aux salariés assurent une telle indemnisation au titre des prestations légales.

A. Les règles applicables dans le régime général

1. Les travailleurs salariés et assimilés relevant du régime général peuvent prétendre, au titre de l'assurance maladie, à des *indemnités journalières* en cas d'arrêt de travail.

2. Le droit aux indemnités journalières est subordonné à des conditions d'ouverture des droits. Il convient de procéder à une distinction :

- Lorsque l'assuré justifie d'une activité minimale au cours des mois précédents (soit 200 heures de travail salarié ou assimilé au cours des trois derniers mois civils ou des quatre-vingt-dix jours précédents, soit des cotisations sur des rémunérations perçues au cours des six mois civils précédents au moins égales à celles dues sur une rémunération égale à 1 015 fois le taux horaire du SMIC), le droit aux prestations est ouvert dans la limite de six mois.
- Lorsque l'assuré peut justifier d'une immatriculation au régime général depuis douze mois au moins et d'une activité déterminée au cours de l'année précédente (soit 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des douze derniers mois civils ou des 365 jours précédents [dont 200 heures au cours des trois premiers mois], soit des cotisations sur des rémunérations perçues au cours des douze mois civils précédents au moins égales à celles dues sur une rémunération égale à 2 030 fois le taux horaire du SMIC [dont 1 015 fois le taux horaire du SMIC au cours des six premiers mois]), le droit aux prestations est ouvert au-delà de la limite des six mois d'arrêt de travail : cette seconde règle s'impose lorsque le travailleur est victime d'une affection de longue durée impliquant la cessation du travail, ou d'une affection chronique entraînant de fréquents arrêts de travail.

Il importe également que l'assuré justifie d'une incapacité physique d'exercer son activité : cette incapacité doit être constatée par un certificat établi par le médecin traitant de l'assuré et adressé (dans les 48 heures) à la caisse primaire d'assurance maladie. Elle peut faire l'objet d'un contrôle de la part des services du contrôle médical. En cas de divergence d'appréciation entre le médecin traitant et le médecin conseil, il y a lieu, le cas échéant, à expertise médicale (v. *supra*, première partie, chap. IV, sect. 1, §2).

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces doivent être appréciées à la date de l'arrêt de travail.

3. Le montant de l'indemnité journalière est déterminé en fonction de la rémunération de l'intéressé :

- Le montant de l'indemnité journalière est égal à la *moitié* du salaire de l'assuré ; il est porté aux *deux tiers* à compter du trente et unième jour d'arrêt de travail à condition que l'assuré ait au moins trois enfants à sa charge.
- Le montant de l'indemnité journalière est majoré lorsque l'arrêt de travail dépasse six mois : l'indemnité est égale à 51,49 % du gain journalier de base (sans pouvoir être inférieure à 1/365^e du montant minimal de la pension d'invalidité, ni supérieure à 1/720^e du montant du plafond annuel des cotisations de sécurité sociale) ; elle est égale à 68,66 % du gain journalier de base lorsque l'assuré a trois enfants à charge (sans pouvoir être inférieure à 1/365^e du montant minimal de la pension d'invalidité majoré d'un tiers, ni supérieure à 1/525^e du plafond annuel des cotisations).
- Le montant de l'indemnité est déterminé en fonction du *gain journalier de base*. Lorsque le salarié bénéficie d'une rémunération mensualisée, le montant de l'indem-

nité est ainsi égal à 1/90^e du montant des trois dernières paies ; des règles particulières s'appliquent en cas de travail discontinu ou saisonnier ainsi qu'à certaines catégories de travailleurs (travailleurs à domicile, pigistes, voyageurs représentants placiers, etc.). Le gain journalier de base n'est pris en compte que dans la limite du montant du plafond des cotisations de la sécurité sociale.

- Le montant de l'indemnité journalière est revalorisé, lorsque l'arrêt de travail est supérieur à trois mois, en cas d'augmentation générale des salaires ou d'augmentation des salaires en application de la convention collective dont relève l'assuré.

4. Les indemnités journalières sont servies, en principe, pour la durée de l'incapacité de l'assuré. Le principe comporte cependant des limites :

- Les indemnités journalières ne sont dues qu'à compter du quatrième jour de l'arrêt de travail au terme d'un *délai de carence* de trois jours destiné à prévenir les abus plus facilement liés aux arrêts de travail de courte durée.
- Un assuré ne peut prétendre normalement qu'à trois cent soixante indemnités journalières pour une même période de trois ans.

S'il est atteint d'une *affection de longue durée*, l'assuré peut bénéficier des indemnités journalières pendant une période maximale de trois ans.

5. Les indemnités journalières sont servies par la caisse primaire d'assurance maladie selon les mêmes règles que les prestations en nature (prescription biennale, répétition de l'indu, etc.). Elles sont assujetties à la contribution sociale généralisée et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale, mais échappent aux cotisations de sécurité sociale. Elles sont également assujetties à l'impôt sur le revenu, à l'exception des indemnités attribuées aux assurés atteints d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

6. En application des dispositions sur la *mensualisation des salaires*, des *indemnités complémentaires* à la charge de l'employeur s'ajoutent, le plus souvent, aux indemnités journalières servies par l'assurance maladie. Reprenant les clauses de l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 en a généralisé le principe, ouvrant ainsi le bénéfice des indemnités complémentaires aux salariés sous certaines conditions, notamment d'ancienneté dans l'entreprise. Le droit aux prestations peut être subordonné à un contrôle médical du salarié à la diligence de l'employeur. Il n'est pas rare que l'employeur maintienne purement et simplement la rémunération du salarié ; il est alors subrogé dans les droits de celui-ci à l'égard de la caisse primaire d'assurance maladie, appelée à verser directement à l'employeur le montant des indemnités journalières.

B. Les règles applicables dans les autres régimes

1. Les salariés relevant de régimes autres que le régime général peuvent également prétendre à l'indemnisation du congé de maladie.

Les salariés agricoles bénéficient ainsi d'indemnités journalières dont l'attribution obéit, pour l'essentiel, aux mêmes règles que les indemnités journalières servies au titre du régime général.

S'agissant des régimes spéciaux, une distinction s'impose : si certains régimes spéciaux versent également des indemnités en cas d'arrêt de travail, d'ordinaire sur des bases plus favorables que le régime général (tel est le cas, par ex., du régime des employés et clercs de notaire), les assurés relevant d'autres régimes bénéficient purement et simplement du

maintien, en tout ou partie, de leur rémunération par l'employeur (il en va ainsi, par ex., des fonctionnaires de l'État, des agents de la SNCF ou des personnels des industries électriques et gazières).

2. Ni le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (travailleurs indépendants), ni le régime d'assurance maladie et maternité des exploitants agricoles (AMEXA) ne délivrent en revanche, au titre des prestations légales, des prestations destinées à compenser la perte de revenu professionnel en cas d'arrêt de travail.

Le régime propre aux travailleurs indépendants peut comporter toutefois, au profit d'un ou de plusieurs des groupes professionnels qu'il couvre, des *prestations supplémentaires*. Des décrets sont venus ainsi instituer au profit des artisans (à compter du 1^{er} juill. 1995) et des commerçants (à compter du 1^{er} janv. 2000), des *indemnités journalières* dont les règles d'attribution sont cependant moins favorables que les dispositions applicables au sein du régime général.

§2 – L'INDEMNISATION DU CONGÉ DE MATERNITÉ : LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DE L'ASSURANCE MATERNITÉ – LE CONGÉ DE PATERNITÉ

L'indemnisation du congé de maternité a pour objet la compensation de la perte de revenu que subit l'assurée sociale qui est amenée à cesser son activité à la fin de sa grossesse et dans les premières semaines qui suivent l'accouchement. Elle obéit aux mêmes principes que l'indemnisation de l'arrêt de travail, mais répond toutefois à des conditions plus favorables.

A. Les règles applicables dans le régime général

1. Les assurées qui relèvent du régime général, peuvent prétendre, au titre de l'assurance maternité, à des *indemnités journalières* dès lors qu'elles cessent leur activité. Les indemnités journalières sont également dues, pour partie, en cas d'*adoption* d'un enfant.

2. Le droit aux indemnités journalières de l'assurance maternité est subordonné aux mêmes conditions que l'attribution des indemnités journalières de l'assurance maladie (période inférieure ou égale à six mois) ; celles-ci sont appréciées soit à la date présumée de la conception, soit à la date du début du repos prénatal, soit encore à la date de l'accouchement lorsqu'il survient avant le début du repos prénatal.

Le droit aux prestations est également subordonné à une durée d'immatriculation au régime général au moins égale à dix mois à la date présumée de l'accouchement.

3. Le montant de l'indemnité journalière servie au titre de l'assurance maternité est égal au montant du *gain journalier de base* (déterminé dans les mêmes conditions et limites qu'au titre de l'assurance maladie) diminué du montant de la part salariale des cotisations légales et conventionnelles et du montant de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale. En d'autres termes, le montant de l'indemnité équivaut au montant du *salaire net*, de sorte que l'assurée conserve, pendant la durée de son congé de maternité, un même niveau de ressources.

L'indemnité journalière est calculée cependant dans la limite du plafond des cotisations. Elle ne peut être supérieure à 80,32 % du trentième du plafond mensuel des cotisations, ni inférieure à 1/365^e du montant annuel minimal de la pension d'invalidité.

4. L'attribution des indemnités journalières est subordonnée à la cessation de l'activité professionnelle de l'assurée. Celle-ci est normalement tenue de cesser son activité pendant une période minimale de huit semaines. La durée du repos indemnisé est cependant nettement plus longue :

- La durée du repos indemnisé est fixée normalement à *seize semaines* (six semaines avant la date présumée de l'accouchement, dix semaines après l'accouchement).
- La durée du repos indemnisé est majorée en fonction du nombre d'enfants. Ainsi le congé est-il porté à vingt-six semaines (huit avant, dix-huit après) lorsque l'assurée a déjà deux enfants à charge ou a eu deux enfants nés viables.
- La durée du repos indemnisé est également majorée en cas de naissances multiples : la durée du congé prénatal est portée à douze semaines en cas de grossesse gémellaire, et à vingt-quatre semaines en cas de naissance attendue de plus de deux enfants ; dans tous les cas, la durée du congé postnatal est portée à vingt-deux semaines.

Les indemnités journalières postnatales sont également servies :

- à l'assurée en cas d'*adoption* d'un enfant (loi du 22 juill. 1980) ;
- au père de l'enfant en cas de décès de la mère du fait de l'accouchement (loi du 3 janv. 1985).

5. Le régime juridique des indemnités journalières de l'assurance maternité obéit aux mêmes principes que le régime des indemnités journalières de l'assurance maladie (revalorisation, paiement, prescription, etc.). Les indemnités journalières sont également complétées, le cas échéant, par les indemnités versées par l'employeur.

B. Les règles applicables dans les autres régimes

1. Les salariés relevant de régimes autres que le régime général peuvent également prétendre à l'indemnisation du congé de maternité. Qu'elle donne lieu à des indemnités journalières ou bien au maintien en tout ou partie de la rémunération par l'employeur, l'indemnisation obéit aux mêmes principes que l'indemnisation de l'arrêt de travail, moyennant des prestations généralement plus favorables.

2. Des dispositions sont intervenues, au cours de la période récente, pour doter les régimes d'assurance maladie et maternité propres aux travailleurs indépendants et aux exploitants agricoles de prestations en espèces au titre de l'assurance maternité :

- La loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 a ouvert ainsi aux assurées relevant du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, ainsi qu'aux conjointes collaboratrices, le bénéfice d'une *allocation forfaitaire de repos maternel* servie sans même une condition de cessation d'activité ; des *indemnités journalières* peuvent s'y ajouter sous réserve de la cessation de toute activité professionnelle pendant une durée de trente jours consécutifs au moins.
- Le bénéfice d'une *allocation de remplacement* est également ouvert, au titre du régime AMEXA, à l'agricultrice (exploitante agricole ou aide familiale) qui, prenant part de façon constante, à temps plein ou à temps partiel, aux travaux de l'exploitation, s'en trouve empêchée en raison de sa maternité.

C. Le congé de paternité

1. Tout salarié bénéficie, en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant, d'un congé de trois jours sans incidence sur la rémunération due (art. L. 226-1 C. trav.). Au congé de naissance traditionnel, la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 est venue ajouter une

prestation nouvelle : le *congé de paternité*. Cette prestation n'existe pour l'heure qu'au sein du régime général et du régime des salariés agricoles.

2. Le droit au congé de paternité est réservé au père en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant. Sa durée est fixée à *onze jours*, qui viennent s'ajouter au congé de naissance (soit une durée totale de deux semaines). Elle est portée à *dix-huit jours* en cas de naissances multiples (soit une durée totale de trois semaines).

Le congé de paternité se traduit par l'attribution d'indemnités journalières déterminées selon les mêmes règles que les indemnités journalières dues à la mère.

3. Le congé de paternité revêt une nature particulière : en effet, s'il est rattaché à la branche maternité (les prestations sont d'ailleurs liquidées et servies par la caisse primaire d'assurance maladie), le financement du congé de paternité est assuré par la branche famille du régime général.

§3 – L'INDEMNISATION DE L'INVALIDITÉ ET DU DÉCÈS : LA PENSION D'INVALIDITÉ ET LE CAPITAL DÉCÈS

La couverture des risques invalidité et décès ne donne lieu à des prestations légales au sens étroit du terme qu'au sein des régimes applicables aux salariés. La protection des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles a toutefois nettement progressé sur ce point depuis quelques années. On ajoutera, pour être complet, que la sécurité sociale s'en tient, s'agissant de la couverture des risques invalidité et décès, à des prestations somme toute réduites, que viennent heureusement compléter, pour nombre d'assurés, les prestations garanties par les couvertures complémentaires au titre de la prévoyance.

A. Les règles applicables dans le régime général

La branche santé du régime général s'étend, indépendamment de la maladie et de la maternité, à l'invalidité et au décès. Il appartient aux organismes d'assurance maladie de pourvoir à la gestion des prestations d'invalidité et de décès, dont le financement est assuré par les ressources affectées à l'ensemble de la branche.

1. L'ASSURANCE INVALIDITÉ : LA PENSION D'INVALIDITÉ

1. L'assurance invalidité a pour objet la *compensation pour partie de la perte de revenus*, normalement définitive, résultant d'une *incapacité de travail dont la cause n'est pas professionnelle*. Lorsque l'incapacité permanente est imputable à un accident du travail, à une maladie professionnelle ou à un accident de trajet, elle donne lieu, en effet, à indemnisation au titre de la branche accidents du travail, dont les prestations sont nettement plus favorables (v. *infra*, chap. III, sect. 3).

Si nombre de systèmes à l'étranger assimilent l'invalidité à une forme de *vieillesse anticipée* (la formule conduisant alors au rattachement de l'indemnisation de l'invalidité à la branche vieillesse), le système français tend davantage à réserver l'invalidité à l'indemnisation de la *maladie prolongée*. La première conception n'est pas néanmoins absente des règles de l'assurance invalidité, dont les prestations cèdent le pas, à l'âge de la retraite, aux prestations de l'assurance vieillesse.

2. La notion d'invalidité repose ainsi sur deux séries de considérations :

- Elle implique la réduction, *a priori* définitive, de la capacité de gain des deux tiers au moins : en d'autres termes, l'assuré ne peut prétendre à pension d'invalidité s'il n'est pas hors d'état de se procurer, dans quelque profession que ce soit, une rému-

nération supérieure au tiers de la rémunération normale de l'activité qu'il exerçait auparavant.

- Elle doit être appréciée soit après consolidation de l'état de l'assuré en cas d'accident ne relevant pas de la législation des accidents du travail, soit au terme de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces de l'assurance maladie, soit après stabilisation de son état lorsque celle-ci intervient avant le terme de son indemnisation au titre de l'assurance maladie, soit encore lors de la constatation médicale de l'invalidité lorsque celle-ci est due à l'usure prématurée de l'organisme.

En cas de litige sur l'état d'invalidité de l'assuré, ce sont les juridictions du *contentieux technique de la sécurité sociale* qui doivent être saisies (v. *supra*, première partie, chap. IV, sect. 1, §2).

3. L'attribution des prestations de l'assurance invalidité est subordonnée aux mêmes conditions d'ouverture des droits que le service des indemnités journalières de l'assurance maladie au-delà du sixième mois. Les conditions sont appréciées soit à la date de l'arrêt de travail initial, soit à celle de la constatation de l'invalidité. Le régime du maintien des droits pendant un an s'applique également à l'ouverture des droits à l'assurance invalidité.

L'assuré doit également justifier à la même date d'une durée d'immatriculation au régime général de douze mois au moins.

L'attribution des prestations est subordonnée enfin à une condition d'âge : l'assuré doit être âgé de moins de soixante ans ; à cet âge en effet, il peut normalement prétendre à l'attribution d'une pension de retraite.

4. Lorsqu'il réunit les conditions d'ouverture des droits, l'assuré atteint d'une invalidité peut prétendre à l'attribution d'une *pension d'invalidité*. La pension est égale à une fraction du salaire annuel moyen des dix meilleures années d'activité (dans la limite du plafond des cotisations).

La détermination du montant de la pension d'invalidité varie selon l'importance de l'invalidité de l'assuré :

- Lorsque l'assuré peut encore exercer une activité rémunérée, il a droit à une pension d'invalidité égale à 30 % du montant de son salaire de référence.
- Lorsqu'il ne peut plus exercer aucune activité, il a droit à une pension égale à 50 % du montant de son salaire de référence.
- Lorsqu'il est dans l'obligation d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, la pension est assortie d'une *majoration pour tierce personne*. Celle-ci est égale à 40 % du montant de la pension sans pouvoir être inférieure à un minimum fixé par voie réglementaire (au 1^{er} janv. 2008 : 12 129,94 € par an).

La pension ne peut être inférieure au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (soit 3 097,31 € par an au 1^{er} janv. 2008).

5. La pension d'invalidité est revalorisée annuellement en fonction de l'évolution des prix. Elle est cessible et saisissable dans les mêmes conditions et proportions que les salaires.

La pension d'invalidité peut faire l'objet d'une suspension (notamment en cas de récupération d'une capacité de gain supérieure à 50 %), d'une révision (en cas d'aggravation ou,

à l'inverse, d'amélioration de l'état de l'assuré). Elle prend fin au sixantième anniversaire de l'assuré, qui peut prétendre alors à une pension de retraite; celle-ci ne peut en aucun cas être inférieure au montant de la pension d'invalidité à laquelle elle se substitue.

6. Le *conjoint survivant* d'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité (ou d'une pension de retraite substituée à une pension d'invalidité) peut prétendre, s'il est lui-même invalide, à une *pension d'invalidité de veuf ou de veuve*, égale en principe à 54 % du montant de la prestation servie à l'assuré décédé, sans pouvoir être inférieure à un minimum. L'attribution de la prestation est soumise à diverses conditions, tenant en particulier au cumul de la pension avec d'autres avantages personnels d'invalidité, de vieillesse ou d'accident du travail.

2. L'ASSURANCE DÉCÈS : LE CAPITAL DÉCÈS

1. L'assurance décès a pour objet la compensation pour partie, sous la forme d'une aide ponctuelle et limitée, de la perte de revenus résultant pour les proches de l'assuré du décès de celui-ci. Elle donne lieu à l'attribution d'une prestation unique, d'ailleurs modeste : le *capital décès*.

2. L'attribution du capital décès est subordonnée à une condition d'ouverture des droits tenant à l'assuré lui-même : celui-ci doit avoir occupé un emploi salarié pendant une période déterminée avant son décès (en principe selon les mêmes conditions que celles exigées pour l'attribution pendant un an des prestations en nature de l'assurance maladie); le régime du maintien des droits pendant un an s'applique également à l'ouverture des droits à l'assurance décès. Le droit aux prestations est également ouvert si l'intéressé bénéficiait des allocations de chômage, d'une pension d'invalidité ou encore d'une rente accident du travail allouée pour une incapacité au moins égale aux deux tiers. La cause du décès est indifférente.

3. Le montant du capital décès est égal à 90 fois le montant du salaire journalier servant de base au paiement des cotisations de sécurité sociale sans pouvoir être inférieur à 1 % du montant du plafond annuel des cotisations (soit 332,76 € au 1^{er} janv. 2008), ni supérieur au quart du même plafond (soit 9 092 € au 1^{er} janv. 2008). Il est exonéré des cotisations, de la contribution sociale généralisée, de la contribution pour le remboursement de la dette sociale ainsi que des droits de succession. Il est incessible et insaisissable (sauf pour le règlement de certaines dettes alimentaires).

4. L'attribution du capital décès fait l'objet d'une double règle :

- Le capital décès est versé par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré décédé.
- À défaut, le capital décès est attribué, dans l'ordre suivant, au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait (ou au partenaire avec lequel le défunt était lié par un PACS), à défaut, aux descendants de l'assuré, à défaut, aux ascendants de l'assuré.

Le montant du capital décès est partagé, lorsque plusieurs bénéficiaires de même rang peuvent y prétendre (par ex. : les descendants), entre ces derniers.

B. Les règles applicables dans les autres régimes

1. Les salariés relevant de régimes autres que le régime général peuvent également prétendre à des prestations au titre de l'invalidité et du décès.

Les salariés agricoles bénéficient ainsi, en cas d'invalidité, d'une pension d'invalidité dont l'attribution obéit, pour l'essentiel, aux mêmes règles que les pensions servies au titre du

régime général. Il en va de même, en cas de décès de l'assuré, du versement du capital décès.

Les régimes spéciaux de salariés couvrent également les risques invalidité et décès. Pour certains d'entre eux, les prestations sont calquées sur celles servies par le régime général (tel est le cas, par ex., des prestations du régime des clercs et employés de notaire). Pour d'autres, la couverture des risques répond à des conditions propres, plus favorables à l'assuré et à ses proches : dans le régime des agents de la SNCF ainsi, l'invalidité donne lieu à l'attribution par anticipation d'une pension de retraite lorsque l'agent compte quinze ans de services au moins ; la Caisse de prévoyance de la SNCF verse également une allocation de décès non seulement en cas de décès de l'agent (en activité ou en retraite), mais également en cas de décès de certains de ses proches.

2. S'ils ne pouvaient bénéficier, à l'origine, de prestations invalidité et décès, la situation des travailleurs non salariés et des exploitants agricoles a évolué au fil du temps :

- S'agissant des travailleurs indépendants, la couverture des risques s'inscrit dans le cadre des régimes autonomes d'assurance vieillesse appelés à pourvoir à la gestion de régimes complémentaires d'assurance invalidité et décès. Longtemps fragmentaires et facultatifs, ces régimes ont été rendus obligatoires et leurs prestations élargies. Si les deux régimes applicables aux artisans et aux industriels et commerçants ont été fortement harmonisés, la couverture des risques demeure, s'agissant des professions libérales, écartelée entre de multiples régimes propres à chacune des professions (on compte ainsi une dizaine de régimes complémentaires invalidité et décès ainsi qu'un régime de prévoyance réservé aux avocats).

- S'agissant des exploitants agricoles, le régime AMEXA s'étend au risque invalidité. L'exploitant agricole peut prétendre, s'il est victime d'une incapacité de travail d'origine non professionnelle au moins égale aux deux tiers, à une pension d'invalidité fixée forfaitairement.

> CHAPITRE II

LA BRANCHE RETRAITE : L'ASSURANCE VIEILLESSE ET LES PRESTATIONS NON CONTRIBUTIVES

INTRODUCTION

1. La branche retraite est, avec la branche santé, l'une des deux branches-clé de notre système de sécurité sociale. Elle représente en effet plus de 40 % des dépenses de l'ensemble des régimes légaux de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, des dépenses d'ailleurs appelées à s'accroître du fait de l'évolution démographique (vieillesse de la population). Des modifications d'importance des dispositions qui régissent les droits à pension sont intervenues, en 1993 et en 2003, et devraient être suivies de nouvelles réformes au cours des années à venir.

2. Le champ d'application de l'assurance vieillesse s'étend à l'ensemble de la population active :

- La branche retraite du régime général s'applique aux salariés de l'industrie et du commerce, qui ne relèvent pas d'un régime spécial.
- Certaines catégories de salariés relèvent de régimes spéciaux : fonctionnaires et agents publics, personnels de la SNCF et de la RATP, personnel des industries électriques et gazières, etc.
- Les salariés agricoles bénéficient, dans le cadre de leur régime, de l'assurance vieillesse dans les mêmes conditions que les salariés relevant du régime général.
- Les travailleurs indépendants sont soumis à des régimes autonomes propres aux entrepreneurs individuels de l'industrie et du commerce (ORGANIC), aux artisans (CANCAVA), aux professions libérales (onze sections professionnelles coiffées par la CNAVPL) ainsi qu'aux avocats (CNBF).
- Les exploitants agricoles ont également été dotés d'un régime autonome d'assurance vieillesse, dont la gestion incombe à la mutualité sociale agricole.

3. Si les régimes de retraite demeurent distincts, les pouvoirs publics ont entrepris, dès les années soixante-dix, un effort d'*harmonisation* dans les conditions d'ouverture des droits. De la sorte, les règles qui déterminent à présent les droits à pension sont, pour une part, communes, sinon à l'ensemble des régimes, du moins à la majorité d'entre eux. Il en va ainsi, plus particulièrement, du régime des salariés agricoles, soumis aux mêmes règles que le régime général, et des régimes autonomes des entrepreneurs individuels de l'industrie et du commerce et des artisans, auxquels les règles propres au régime général sont applicables moyennant adaptation (on les qualifie ainsi de « régimes alignés »). Les dispositions de la loi du 21 août 2003 (régime des professions libérales et régimes des pensions civiles et militaires de l'État et des agents des collectivités territoriales) et les réformes en cours (autres régimes spéciaux) devraient conduire au rapprochement des conditions d'ouverture des droits applicables au sein des régimes spéciaux.

> SECTION 1

La couverture du risque vieillesse

Née des sociétés de secours mutuels créées au milieu du XIX^e siècle, confirmée lors de l'institution des premières assurances sociales en Allemagne, en Grande-Bretagne ou en France, la couverture du risque vieillesse s'est principalement inscrite, après la Libération, dans le cadre de la sécurité sociale et, plus précisément, de régimes obligatoires répondant aux principes de la répartition.

§1 – LES MODALITÉS DE LA COUVERTURE DU RISQUE

1. La couverture du risque vieillesse repose sur un ensemble de prestations qui procèdent de logiques distinctes, parfois opposées. Plusieurs distinctions doivent être ainsi opérées :

- La distinction des droits *contributifs* et des droits *non contributifs* : alors que les premiers sont ouverts en contrepartie des cotisations versées pendant la durée de la vie active, les seconds procèdent, conformément aux principes de l'aide sociale, de l'état de besoin de la personne qui prétend en bénéficier (condition de ressources).
- La distinction des régimes *légaux* et des régimes *conventionnels* : la prise en charge du risque vieillesse par la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre des régimes obligatoires définis par la loi (tel est le cas, par ex., de la branche vieillesse du régime général, des régimes autonomes d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants ou des exploitants agricoles). Les régimes conventionnels naissent de la négociation collective qui, s'appliquant à la prévoyance et à la retraite, peut donner naissance à des régimes de retraite dont les prestations viennent compléter les prestations des régimes légaux (tel est le cas, en particulier, des deux grands régimes complémentaires de retraite AGIRC et ARRCO). La loi peut, le cas échéant, préciser les conditions de la création de tels régimes et leur conférer un caractère obligatoire.
- La distinction des régimes *de base*, des régimes *complémentaires* et des régimes *supplémentaires* : la sécurité sociale assure la couverture initiale du risque à travers les régimes légaux et obligatoires, qui constituent ainsi les régimes de base. Les prestations de ces derniers sont complétées, pour les salariés, par les prestations des régimes conventionnels rendus légalement obligatoires (ce sont les régimes *complémentaires* : AGIRC et ARRCO), pour les non salariés, par les prestations des régimes complémentaires institués par la voie réglementaire dans le cadre des régimes légaux (les organismes d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants gèrent ainsi, en sus du régime légal, des régimes complémentaires de retraite pour leurs ressortissants). Aux prestations des régimes de base et des régimes complémentaires, peuvent s'ajouter des prestations issues soit de régimes supplémentaires (il en existe dans certaines branches ou entreprises), soit de garanties souscrites à titre individuel (par ex. : épargne retraite).

2. Du point de vue technique, la couverture du risque peut faire appel à deux modalités bien distinctes :

- La *capitalisation* : elle conduit à constituer avec le produit des cotisations un capital dont les intérêts sont affectés au financement des prestations. Sensible à la dépréciation de la monnaie, la capitalisation a été abandonnée au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Elle connaît toutefois, depuis une vingtaine d'années, un retour en force non seulement pour le financement de la protection sociale complémentaire (épargne retraite), mais également, dans certains pays, pour la gestion des

régimes de base : aux Pays-Bas ainsi, le système de retraite repose, d'une part, sur une prestation réduite, au montant uniforme, conformément à la logique beveridgienne, d'autre part, sur les prestations servies par des fonds de pension dont le financement obéit aux principes de la capitalisation et dont la gestion relève d'institutions financières.

- La *répartition* : elle conduit à utiliser le produit des cotisations perçues au cours d'une année déterminée au financement des prestations dues au titre de la même année. Elle permet ainsi de parer aux risques liés à la dépréciation de la monnaie et aux aléas des marchés financiers. Elle est plus sensible, en revanche, aux évolutions de la conjoncture économique, toute baisse un tant soit peu sérieuse de l'activité économique ayant des effets immédiats sur le financement des régimes de retraite. La répartition repose, implicitement, sur un *contrat entre les générations* : chaque génération est appelée à cotiser pour le financement des retraites de la génération précédente, tout en espérant que la génération suivante agira de même.

Si le choix entre la capitalisation et la répartition donne lieu à des débats passionnés (parfois outranciers), force est de constater qu'aucune des deux techniques n'apporte de garantie absolue face aux évolutions de la démographie et de l'économie. Quel qu'en soit le mode de financement, la retraite constitue, en définitive, *un prélèvement opéré au profit des retraités sur la richesse nationale produite par les actifs au cours de l'année considérée*. Lorsque le système recourt à la répartition, le prélèvement est opéré sur les revenus du travail ; lorsqu'il applique la technique de la capitalisation, le prélèvement est opéré sur les revenus du capital. Dans l'un et l'autre cas, le rendement du système repose sur l'activité économique et, plus précisément, sur la croissance de l'économie.

3. Quelles que soient les modalités retenues, la pérennité des régimes de retraite dépend pour une part essentielle de la *démographie* et de l'*économie* :

- Les difficultés des régimes de retraite dans bien des pays occidentaux (de même qu'au Japon) ont pour cause première la dégradation du *rapport démographique*, c'est-à-dire du rapport entre le nombre des actifs et le nombre des inactifs (jeunes et vieux). La diminution de la natalité, l'allongement de la durée de la vie humaine, la réduction de la durée de la vie active (allongement de la durée des études et de la formation initiale, abaissement de l'âge de la retraite) ont entraîné un accroissement considérable de la part des inactifs au sein de la société, accroissant d'autant la charge pesant sur les actifs.
- Ces difficultés ont également une origine *économique*. L'apparition et le développement, depuis le milieu des années soixante-dix, d'un chômage persistant ont contribué à accroître les charges des régimes de retraite en raison de l'abaissement (de droit ou de fait) de l'âge du départ à la retraite. S'y ajoute la multiplication des mesures de départ anticipé, notamment le développement des dispositifs de pré-retraite. L'évolution générale de l'économie, marquée par la concurrence internationale, l'accroissement de la productivité, les délocalisations et la course au profit des grands groupes économiques, exerce ses effets sur des systèmes de retraite institués sous l'emprise de conceptions privilégiant le plein emploi, la redistribution des revenus et l'intervention étendue de la puissance publique.

4. On se doit de souligner, dans ces conditions, la dimension essentiellement *politique* de l'aménagement des systèmes de retraite et, plus largement, de la politique de la vieillesse. L'importance des enjeux économiques et sociaux, leur caractère parfois contradictoire, l'ampleur des charges, la persistance des corporatismes donnent au sujet un caractère

exceptionnellement sensible, qui explique sans doute les tergiversations des pouvoirs publics quant à la réforme du système des retraites.

§2 – LES CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME FRANÇAIS

Il n'est pas inutile, avant d'entrer dans le vif du sujet, de souligner les principales caractéristiques du système français, à la fois complexe et en pleine évolution.

A. La complexité du système français

1. Le système des retraites repose sur une pléiade de régimes :

- On compte ainsi *vingt-cinq régimes de base* : régime général, régimes spéciaux, régime des salariés agricoles, régimes des industriels et commerçants, des artisans, des professions libérales et des avocats, régime des exploitants agricoles.
- Le système repose également sur de nombreux *régimes complémentaires obligatoires* : on distingue, en pratique, les régimes conventionnels rendus obligatoires par la loi, applicables aux salariés de l'industrie et du commerce (AGIRC et ARRCO), et les régimes complémentaires annexes aux régimes légaux applicables aux travailleurs indépendants. Les salariés agricoles et, plus récemment, les exploitants agricoles ont.
- Il convient de mentionner enfin les *prestations non contributives* au profit des personnes âgées dépourvues de ressources, récemment refondues en une prestation unique : l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

2. Le volume des retraites, tous régimes confondus, représente aujourd'hui près de 12 % du produit intérieur brut et plus du cinquième du revenu disponible des ménages. Douze millions et demi de personnes perçoivent actuellement une (ou plusieurs) pension(s) de retraite, tous régimes obligatoires confondus.

Au sein des régimes légaux, les prestations servies par le régime général représentent près de la moitié des prestations (46,7 % en 2003), la part des régimes spéciaux s'élève à près de 40 % (39 % en 2003), celle des régimes agricoles (salariés et exploitants) à près de 10 % (9,6 % en 2003) et celle des régimes des travailleurs indépendants à moins de 5 % (4,4 % en 2003). Les régimes complémentaires obligatoires distribuent, quant à eux, un ensemble de prestations qui représentent plus du quart de l'ensemble des prestations servies par les régimes obligatoires légaux et complémentaires.

3. Complexe, le système des retraites s'avère également fortement *inégalitaire* : on observe ainsi, quant au montant des pensions servies, de fortes inégalités au détriment de certaines catégories (les femmes, les exploitants agricoles). L'appréciation est toutefois délicate : les inégalités dans le montant des droits tiennent parfois, il est vrai, aux conditions d'ouverture des droits (elles sont, aujourd'hui encore, nettement plus favorables aux salariés relevant des régimes spéciaux), mais aussi aux conditions d'activité (ainsi le moindre niveau des pensions des femmes est-il lié, fréquemment, à des carrières professionnelles incomplètes). Il convient de tenir également compte de l'ensemble des droits auxquels une même personne peut prétendre (droits propres et/ou droits de réversion, régimes de base et régimes complémentaires).

Les mesures adoptées au cours des années soixante-dix et de la première moitié des années quatre-vingts avaient conduit à une amélioration certaine des pensions. On a pu observer ainsi une diminution très forte du nombre des personnes âgées bénéficiaires du minimum vieillesse (2,2 millions en 1970, environ 600 000 aujourd'hui), de même qu'un

accroissement du taux de remplacement (montant de la pension comparé au montant du salaire antérieur). Le durcissement des conditions d'attribution des pensions devrait toutefois exercer des effets contraires dans les années à venir.

B. La réforme des retraites

1. Précédée, il est vrai, de nombreux travaux sur la question, la réflexion sur l'avenir du système des retraites et son évolution nécessaire est née véritablement, en 1991, avec la publication du *Livre blanc sur les retraites*, rédigé à la demande du gouvernement de M. Michel Rocard. Celui-ci qui évoquait plusieurs scénarii possibles, en fonction des évolutions démographiques et économiques attendues, mais également des options techniques et politiques à opérer, a été suivi, depuis lors, de nombre d'études et de rapports élaborés suivant les cas par le Conseil économique et social, par la Cour des comptes, par le Commissariat général au plan ou encore par des commissions *ad hoc*.

La pression en faveur de la réforme des retraites trouve également son origine dans les orientations fixées, d'un commun accord, entre les États membres des Communautés européennes. Plusieurs rapports adoptés à l'initiative du conseil des ministres ou de la commission ont souligné ainsi la double nécessité de reporter l'âge moyen de départ à la retraite et de mieux garantir le financement des retraites à brève et moyenne échéance.

2. Plusieurs réformes ont été entreprises depuis les années quatre-vingt-dix.

Certaines de ces réformes ont touché directement aux conditions d'ouverture des droits. Tel est le cas des deux lois du 22 juillet 1993 et du 21 août 2003. Actuellement en cours, la réforme des régimes spéciaux poursuit un même objectif (v. décrets du 15 janv. 2008 relatifs aux régimes spéciaux de retraite des agents de la SNCF et des agents de la RATP, du 15 févr. 2008 relatif au régime spécial des clercs et employés de notaires et du 6 mars 2008 relatifs aux régimes spéciaux de l'Opéra et de la Comédie française).

D'autres réformes ont eu, plus directement, pour objectif les conditions de financement des retraites. La loi du 22 juillet 1993 a donné naissance ainsi au *Fonds de solidarité vieillesse* (FSV) :

- Institué sous la forme d'un établissement public, le FSV est financé par l'impôt et, en particulier, par une partie du produit de la CSG (à hauteur de 1,1 point).
- Le FSV a pour première mission de pourvoir au financement des prestations non contributives (aujourd'hui l'allocation de solidarité aux personnes âgées).
- Le FSV doit également couvrir les charges correspondant aux éléments non contributifs retenus pour le calcul des pensions (par ex. : les périodes de chômage indemnisé prises en compte pour l'ouverture des droits à pension, quoique n'ayant pas donné lieu à cotisations). Le FSV est appelé à rembourser au régime le surcoût des pensions découlant de la prise en compte des éléments non contributifs, de sorte que le régime ne supporte d'autres droits, en définitive, que ceux qui sont la contrepartie de cotisations effectives.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué, sous la forme d'une section particulière du FSV, un *Fonds de réserve des retraites* (FRR). Alimenté par diverses ressources (fraction du produit des contributions affectées au financement de la sécurité sociale : contribution sur les produits de placement et les revenus du patrimoine, contribution sociale de solidarité des sociétés, etc.), le fonds de réserve devait permettre d'anticiper la forte augmentation des dépenses des régimes de retraite liée au départ à la retraite des générations du *baby boom* en constituant une réserve de nature à limiter, le

jour venu, l'accroissement des cotisations. La modestie des ressources affectées, dans les faits, au fonds ne permet guère d'augurer de son efficacité.

3. La réforme des retraites est désormais suivie par une instance permanente : le *Conseil d'orientation des retraites* (COR). Institué en mai 2000, composé de parlementaires, de représentants des partenaires sociaux, de représentants des retraités, de représentants des administrations intéressées et de personnalités qualifiées, il a pour mission de suivre l'évolution de la situation financière des régimes, d'apprécier les conditions de leur viabilité et de formuler, le cas échéant, des propositions de rééquilibrage. Il doit élaborer, tous les deux ans au moins, un rapport d'ensemble.

> SECTION 2

Les droits contributifs

Les régimes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole sont appelés à servir, à ceux de leurs assurés qui atteignent l'âge de la retraite, des prestations de retraite. Contrepartie des cotisations versées antérieurement, ces prestations relèvent de la catégorie des *droits contributifs*.

S'il subsiste des règles particulières (l'observation s'appliquant, tout particulièrement, aux régimes spéciaux), les conditions d'attribution des pensions de retraite et de réversion reposent à présent sur des principes communs. Pour la commodité du propos, on exposera les règles propres au régime général en mentionnant à l'occasion certaines des règles propres aux autres régimes.

§1 – L'ÉVOLUTION DES PRESTATIONS (1946-2008)

1. À l'origine, l'attribution des pensions était subordonnée à des conditions singulièrement restrictives. Certes, le législateur de 1946 avait maintenu, dans son principe, la faculté pour l'assuré de demander la liquidation de ses droits dès soixante ans (selon la formule retenue lors de l'institution des assurances sociales en 1928-1930), mais il avait entendu dissuader les assurés d'agir ainsi en limitant à 20 % du salaire annuel moyen des dix dernières années le montant de la pension liquidée à l'âge de soixante ans. Le taux de la pension progressant au fur et à mesure du report de la demande de liquidation de la pension (pour atteindre 40 % à soixante-cinq ans, 60 % à soixante-dix ans, etc.), la règle incitait les assurés à attendre leur soixante-cinquième anniversaire, voire davantage pour demander la liquidation de leurs droits.

2. La loi du 31 décembre 1971 (dite loi Boulin) procéda à une première amélioration des conditions d'ouverture des droits à pension, d'une part, en majorant de cinq points le taux des pensions (25 % à soixante ans, 50 % à soixante-cinq ans, etc.), d'autre part, en retenant désormais le salaire annuel des dix meilleures années pour le calcul de la pension. Diverses mesures intervinrent ensuite pour ouvrir dès l'âge de soixante ans le droit à une pension au taux de 50 % au profit de diverses catégories (assurés inaptes au travail, ouvrières mères de famille, etc.).

La loi du 3 juillet 1972 a procédé, parallèlement, à l'alignement des régimes autonomes d'assurance vieillesse des entrepreneurs individuels de l'industrie et du commerce (ORGANIC) et des artisans (CANCAVA) sur le régime général : les prestations de ces

régimes obéissent, dès lors, aux règles applicables au régime général moyennant certaines adaptations et particularités.

3. Applicable au 1^{er} avril 1983, l'ordonnance du 26 mars 1982 entendit généraliser à l'ensemble des assurés l'ouverture du droit à pension au taux de 50 % dès l'âge de soixante ans. La réforme comprit également d'autres mesures, parmi lesquelles on mentionnera le plafonnement à 50 % du taux de la pension (devenu ainsi « taux plein ») et la limitation du cumul d'un emploi et d'une pension de retraite.

On assiste par ailleurs, au cours de cette période, à un développement sans précédent des mesures de *préretraite* dans le cadre du régime d'assurance chômage (ce sont les *garanties de ressources*) et, plus encore, de la politique de l'emploi (les mesures procèdent, sous diverses formes et appellations, de conventions conclues entre le Fonds national de l'emploi [FNE] et les entreprises intéressées).

4. Les pouvoirs publics se sont engagés, à compter des années quatre-vingt-dix, dans une politique de réforme des régimes d'assurance vieillesse, qui touche en particulier aux conditions d'ouverture des droits aux prestations :

- La loi du 22 juillet 1993 (dite réforme Balladur) procède à l'allongement de la durée de carrière requise pour l'obtention d'une pension complète (portée, progressivement, de 150 trimestres [37,5 annuités] à 160 trimestres [40 annuités]), à l'accroissement de la période retenue pour le calcul du salaire annuel moyen (portée progressivement des dix meilleures années aux vingt-cinq meilleures années) et à l'indexation des pensions sur l'évolution non plus des salaires, mais des prix.
- Plus ambitieuse, la loi du 21 août 2003 (dite loi Fillon) conduit à de nouveaux durcissements, immédiats ou à terme, dans les conditions d'ouverture des droits. Elle étend ses effets à la majorité des régimes, y compris certains régimes spéciaux (régime des pensions civiles et militaires de l'État, régime des agents des collectivités territoriales). Elle modifie, par ailleurs, les règles d'assujettissement aux cotisations sociales et à l'impôt des contributions, cotisations et primes versées pour la constitution de compléments de retraite de manière à encourager le développement de l'épargne retraite.
- Engagée à la fin de l'année 2007, la réforme des régimes spéciaux devrait se traduire, à terme, par l'alignement des autres régimes spéciaux (notamment les régimes des agents de la SNCF et de la RATP et des personnels des industries électriques et gazières) sur les règles applicables aux autres régimes (l'alignement porte, en particulier, sur l'âge de départ à la retraite et la durée de cotisations exigée pour l'obtention d'une pension normale). Seuls le régime minier et le régime des marins devraient échapper à la réforme.

5. Tout en procédant à des modifications d'importance des règles constitutives des régimes de retraite et en prévoyant, par ailleurs, de nouvelles évolutions dans les années à venir (la loi évoque ainsi l'allongement de la durée de cotisation à 164 trimestres [41 annuités] en 2012 et à 168 trimestres [42 annuités] en 2016), la loi du 21 août 2003 a entendu énoncer ou confirmer certains principes directeurs :

- Elle précise que « la Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations » (art. 1^{er}).
- Elle opte également en faveur du principe de l'équité entre les assurés, quels que soient leurs activités antérieures et le ou les régime(s) dont ils ont relevé (art. 3).
- Elle ouvre à tout retraité « droit à une pension en rapport avec les revenus qu'il a tirés de son activité » (art. 2) : l'exposé des motifs envisage ainsi l'application, à

l'horizon 2020, d'un taux de remplacement de l'ordre des deux tiers par rapport aux revenus d'activité antérieurs.

- Elle fixe enfin pour objectif d'assurer en 2008 à tout assuré qui a travaillé à temps complet et justifie d'une carrière complète, une pension au moins égale à 85 % du SMIC (art. 4).

§2 – LES DROITS DE L'ASSURÉ : LA PENSION DE RETRAITE

Tout assuré peut prétendre, au terme de sa vie active, à l'attribution d'une prestation : la *pension de retraite* (également appelée la *pension de vieillesse*). La pension de retraite s'inscrit dans le cadre des *droits contributifs* de l'assuré, plus précisément encore de ses *droits propres*, dans la mesure où elle constitue la contrepartie de son assujettissement, sa vie durant, à un ou à plusieurs régime(s) d'assurance vieillesse et au paiement des cotisations y afférentes.

A. Les éléments constitutifs du droit à pension

Le montant de la pension de retraite est fonction d'une série d'éléments constitutifs, qui déterminent, dans leur principe même et dans leur étendue, les droits de l'assuré.

Nota : L'ensemble des régimes sert désormais une prestation contributive unique : la pension de retraite, dont le montant est déterminé en fonction de l'âge, de la durée d'assurance et du revenu professionnel de référence. Le principe comporte toutefois une exception s'agissant des exploitants agricoles : si la loi du 21 août 2003 s'est efforcée d'améliorer les droits des intéressés, leur régime repose, aujourd'hui encore, sur la distinction de deux prestations : la *retraite de base* (prestation uniforme, normalement égale au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés), et la *retraite proportionnelle* (prestation calculée en fonction du nombre de points acquis par l'intéressé, au cours de sa vie active, en contrepartie de ses cotisations).

1. L'ÂGE DE LA RETRAITE

1. En principe, le droit à pension de retraite est ouvert à l'âge de *soixante ans*. La règle demeure inchangée depuis l'institution des assurances sociales en 1928-1930.

La règle s'applique à l'ensemble des régimes, réserve faite de certains régimes spéciaux de salariés qui ouvrent, aujourd'hui encore, le droit à pension à un âge moindre : nombre d'entre eux ouvrent ainsi le droit à pension dès cinquante-cinq ans (fonctionnaires et agents de l'État ayant exercé un emploi actif; fonctionnaires et agents des collectivités territoriales ayant exercé un emploi pénible; agents des industries électriques et gazières après quinze années de services actifs ou dix années de service insalubre; agents sédentaires de la SNCF), voire dès cinquante ans (fonctionnaires et agents des collectivités territoriales ayant exercé un travail insalubre; agents roulants de la SNCF, etc.). Pour certains régimes, l'âge limite est inférieur encore (ainsi les danseurs de l'Opéra de Paris pouvaient-ils prétendre, voici peu encore, à leur pension dès l'âge de quarante ans); certains ne subordonnent le droit à pension à aucune condition d'âge, mais à une condition de durée des services (les militaires de carrière non officiers peuvent prétendre ainsi à pension au terme de quinze années de services).

La loi du 21 août 2003 a eu pour effet d'abaisser à soixante ans l'âge normal d'ouverture des droits à pension dans les régimes d'assurance vieillesse des professions libérales et des avocats, où il demeurait fixé, antérieurement, à soixante-cinq ans.

2. La loi du 21 août 2003 autorise les travailleurs qui ont commencé leur activité professionnelle avant l'âge de seize ou de dix-sept ans, et justifient d'une carrière de 168 trimestres à demander la liquidation de leurs droits avant soixante ans. L'âge d'ouverture des droits est fonction à la fois de l'âge auquel le salarié a débuté son activité, du nombre de trimestres effectivement cotisés (les périodes assimilées ne sont admises que pour un petit nombre de trimestres) et du nombre de trimestres cotisés avant l'âge de seize ou de dix-sept ans : par exemple, un salarié qui a commencé à travailler avant l'âge de seize ans et justifie de 168 trimestres dont cinq avant l'âge de seize ans, peut prétendre à l'attribution de sa pension dès l'âge de 56 ans. Initialement applicables aux salariés du régime général, ces dispositions ont été étendues, moyennant adaptation, aux fonctionnaires et agents publics, aux travailleurs indépendants et aux exploitants agricoles.

La loi du 21 août 2003 permet également le départ anticipé (entre 55 et 59 ans) des travailleurs atteints d'une incapacité permanente au moins égale à 80 %, en fonction de la durée de leur carrière (durée totale de la carrière et durée des périodes effectivement cotisées).

3. L'ouverture des droits à pension à l'âge de soixante ans ne constitue nullement une obligation pour l'assuré. Le report de l'âge de départ exerce d'ailleurs ses effets sur l'étendue des droits à pension :

- Lorsque l'assuré sollicite la liquidation de ses droits postérieurement à son soixante-cinquième anniversaire alors qu'il ne justifie pas d'une carrière complète, celle-ci est majorée de 2,5 % par trimestre (soit 10 % par an) accompli postérieurement à son soixante-cinquième anniversaire.
- Lorsque le salarié poursuit son activité au-delà de soixante ans alors qu'il justifie d'une carrière complète, il bénéficie, lors de la liquidation de sa pension, d'une majoration du taux de celle-ci : appelée *surcote*, cette majoration est égale à 0,75 % par trimestre (soit 3 % par an) pour les quatre premiers trimestres ; elle est portée à 1 % au-delà du quatrième trimestre et à 1,25 % pour tout trimestre effectué après soixante-cinq ans.

Nota : Si les professions dotées d'un statut (et, au premier chef, les fonctionnaires, magistrats et militaires) sont fréquemment assorties d'une *limite d'âge* impérative, on rappellera que la loi du 27 juillet 1987 a frappé de nullité les « clauses-couperet » ou « clauses-guillotine » figurant auparavant dans nombre de conventions collectives, et procédé à la distinction du *départ à la retraite* (à l'initiative du salarié) et de la *mise à la retraite* (à l'initiative de l'employeur). À l'origine, l'employeur pouvait procéder à la mise à la retraite du salarié dès lors que celui-ci réunissait les conditions d'âge et de durée de carrière pour pouvoir prétendre à l'obtention d'une pension normale ; la loi du 21 août 2003 a entendu restreindre les pouvoirs de l'employeur qui ne saurait désormais procéder à la mise à la retraite du salarié avant son soixante-cinquième anniversaire, même si l'intéressé justifie avant cet âge du nombre de trimestres requis.

2. LA DURÉE D'ASSURANCE

1. Le droit à pension de retraite est subordonné à la justification d'une carrière ayant donné lieu au versement des cotisations afférentes à l'assurance vieillesse.

2. Fixée de longue date à 150 trimestres (soit 37,5 années), la durée de la carrière a été portée à 160 trimestres (soit 40 années) par la loi du 22 juillet 1993. D'abord exclus de la réforme, les régimes spéciaux de salariés doivent y être progressivement soumis : il en va

déjà ainsi des régimes des pensions civiles et militaires de l'État et des régimes des fonctionnaires et agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière (loi du 21 août 2003). Des mesures de même nature, assorties d'une période transitoire, ont été adoptées, de même, pour les régimes des agents de la SNCF et de la RATP (décrets du 15 janv. 2008) et pour le régime des clercs et employés de notaires (décret du 15 févr. 2008).

La durée de la carrière devrait encore évoluer dans les années à venir. La loi du 21 août 2003 comporte ainsi une triple précision :

- La durée doit être portée, à raison d'un trimestre par an à compter de l'année 2009, à 164 trimestres (41 années) à compter de l'année 2012.
- Elle sera portée ensuite, à raison d'un trimestre par an à compter de 2012, à 168 trimestres (42 ans) à compter de l'année 2016.
- Le rythme de l'allongement de la durée pourra être modifié (dans un sens ou dans l'autre) en fonction de l'évolution du taux d'activité des personnes de plus de cinquante ans, de la situation financière des régimes et des conditions de leur financement, et de la situation de l'emploi.

3. L'insuffisance de la durée de carrière comporte des effets sur l'étendue des droits à pension :

- Une fois déterminé en fonction du produit du taux et du salaire annuel moyen, le montant de la pension de l'assuré dont la carrière est incomplète fait l'objet d'une *proratisation* en fonction de la durée de la carrière rapportée à la durée requise (ainsi un assuré qui ne justifie que de 145 trimestres alors que le nombre requis s'élève à 160, ne pourra-t-il prétendre qu'à une pension égale aux $145/160^e$ du montant initialement calculé).
- Lorsque l'assuré est âgé de moins de soixante-cinq ans, la pension fait l'objet non seulement d'une mesure de proratisation, mais également de l'application d'un *coefficient de minoration* (v. *infra*, 4).
- Une carrière accomplie, successivement, sous l'emprise de plusieurs régimes ne prive pas, en revanche, l'intéressé de l'ensemble de ses droits. En application des règles de *coordination* entre les régimes, il appartient à chacun des régimes de déterminer les droits de l'assuré en retenant la carrière accomplie *tous régimes confondus*, puis de procéder à l'attribution d'une pension dont le montant est proratisé en fonction de la durée accomplie dans le régime.

4. Sauf exception (v. certains régimes spéciaux), la durée d'assurance n'est pas tant fonction de la durée effective de l'activité de l'assuré que du *montant des cotisations versées à raison de l'exercice de cette activité*.

On retiendra sur ce point les règles applicables au sein du régime général :

- Il y a lieu de reporter au *compte individuel* de l'assuré un trimestre pour tout versement de cotisation correspondant à la *cotisation afférente à une rémunération égale à 200 fois le taux horaire du SMIC*. Pour 2008 ainsi, la perception au cours de l'année d'un salaire brut égal à 1 688 € suffira à valider un trimestre au compte individuel, indépendamment de la durée effective de l'activité. Une activité fractionnée au cours de l'année ou une activité réduite, mais assortie d'une rémunération élevée peuvent ainsi conduire au report d'un ou de plusieurs trimestres.
- Il est procédé aux opérations de report au compte individuel dans le cadre de l'année : il ne peut être retenu que quatre trimestres au maximum pour chaque année;

lorsque le montant des cotisations est supérieur, le surplus ne peut être reporté sur l'année suivante.

5. La durée d'assurance est fonction, au premier chef, de la durée et de l'importance de la carrière professionnelle de l'assuré, dont les cotisations donnent lieu ainsi au report au compte individuel de *périodes cotisées*. La carrière peut être toutefois complétée :

- Les *périodes assimilées* : la loi assimile, sous diverses conditions, à des périodes cotisées des périodes d'inactivité : maladie, maternité, invalidité, accident du travail (l'assuré doit avoir bénéficié, pendant ces périodes, des prestations correspondantes), chômage indemnisé, service national.
- Les *majorations pour charges familiales* : la loi du 21 août 2003 procède à une distinction. Elle maintient, en premier lieu, à titre transitoire la règle antérieure : suivant celle-ci, la femme assurée sociale peut prétendre à une majoration de sa carrière égale, pour chaque enfant, à un trimestre par année pendant laquelle elle en a eu la charge dans la limite de huit trimestres par enfant. La loi du 21 août 2003 ouvre, en second lieu, aux assurés des deux sexes le bénéfice d'une majoration de leur carrière lorsqu'ils ont bénéficié d'un congé parental d'éducation (la majoration est égale à la durée du congé) ou qu'ils ont élevé un enfant ouvrant droit au bénéfice de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (la majoration est égale à un trimestre par période de trente mois d'éducation dans la limite de huit trimestres).
- Les *majorations* liées au report de l'âge de départ : lorsque l'assuré ne justifie pas, à son soixante-cinquième anniversaire, d'une carrière complète, il bénéficie d'une majoration de celle-ci de 2,5 % par trimestre de report du départ au-delà de l'âge de soixante-cinq ans (v. *supra*, 1).
- Le *rachat* des cotisations : La loi ouvre à certaines catégories d'assurés sociaux la faculté de procéder, avant la liquidation de leurs droits à pension, au rachat des cotisations afférentes à des périodes au cours desquelles ils n'ont pas cotisé (par ex. : assurés ayant exercé une partie de leur activité à l'étranger ; conjoints collaborateurs non affiliés au régime). La loi du 21 août 2003 habilite, plus généralement, les assurés à procéder au rachat, dans la limite de trois années, des cotisations afférentes à leurs années d'études.

3. LE SALAIRE ANNUEL MOYEN

1. La pension est déterminée en fonction du salaire (ou du revenu professionnel) antérieurement perçu par l'assuré et soumis aux cotisations afférentes à l'assurance vieillesse. La pension est égale ainsi à une fraction du *salaire annuel moyen* (régimes des salariés) ou du *revenu annuel moyen* (régimes des travailleurs non salariés).

2. La détermination du salaire annuel moyen obéit principalement à deux règles :

- Le salaire n'est retenu que dans la limite du montant du plafond annuel des cotisations. La solution s'explique aisément : les cotisations afférentes à la branche vieillesse demeurant assises, pour l'essentiel, sur la rémunération comprise en deçà du plafond, celui-ci s'applique, de même, à la détermination du montant des droits à pension.
- Le salaire annuel moyen est égal au *salaire annuel moyen des vingt-cinq meilleures années*. Dans certains régimes spéciaux, la règle antérieure subsiste toutefois qui détermine les droits à pension en fonction de la rémunération afférente à la dernière période de la vie professionnelle (ainsi la pension est-elle calculée, dans le régime des pensions civiles et militaires de l'État, en fonction de l'indice de traitement détenu par le fonctionnaire au cours des six derniers mois de sa carrière).

3. La référence au revenu annuel moyen est écartée dans deux régimes :

- Régime d'assurance vieillesse des professions libérales : la loi du 21 août 2003 a transformé, en effet, le régime antérieur en *régime par points*. Le montant des cotisations versées chaque année, pendant la durée de la vie active, est converti en points (en fonction de la valeur du point au cours de l'année considérée) ; le montant de la pension est égal au produit du nombre de points et de la valeur du point en vigueur.
- Régime des exploitants agricoles : la même règle s'applique au calcul de la *pension progressive*, dont le montant est déterminé par le produit de la valeur du point en cours par le nombre de points acquis durant la vie active en contrepartie des cotisations versées par l'assuré.

4. LE TAUX DE LA PENSION

1. Lorsque l'assuré remplit l'ensemble des conditions d'ouverture des droits à pension et, notamment, les conditions d'âge et de durée de carrière, il peut prétendre à l'attribution d'une pension au taux de 50 % (c'est-à-dire d'une pension égale à 50 % du montant du salaire (ou du revenu) annuel moyen des vingt-cinq meilleures années).

Depuis 1983, le taux de 50 % est appelé *taux plein*, aucune pension ne pouvant, en principe, faire l'objet d'une liquidation à un taux supérieur. Le principe comporte toutefois une exception, la loi du 21 août 2003 ayant ouvert le bénéfice de la *surcote* aux assurés qui reportent leur départ à la retraite au-delà de soixante ans, voire de soixante-cinq ans, alors même qu'ils justifient d'une carrière complète (v. *supra*, 2).

2. Le bénéfice du taux plein est ouvert sans condition aux assurés qui justifient, lors de la demande de liquidation de leurs droits, d'une carrière complète (soit 160 trimestres).

Le bénéfice du taux plein est également ouvert à certaines catégories d'assurés :

- Cinq catégories d'assurés (qui bénéficiaient antérieurement à 1983 de la pension au taux de 50 % dès l'âge de soixante ans) peuvent prétendre à une pension au taux plein, alors même qu'ils ne justifient pas d'une carrière complète. Il s'agit des assurés reconnus inaptes au travail, des anciens déportés et internés, des anciens combattants et prisonniers de guerre, des ouvrières mères de famille et des travailleurs handicapés admis à demander la liquidation de leur pension avant l'âge de soixante ans.
- Les assurés qui ont atteint l'âge de soixante-cinq ans ont droit à une pension au taux de 50 % quelle que soit la durée de leur carrière.

3. Lorsque l'assuré est âgé de soixante à soixante-cinq ans, qu'il ne justifie pas d'une carrière complète et qu'il n'appartient pas à l'une des catégories qui bénéficient de plein droit du taux plein, la pension fait l'objet d'une *minoration* de son taux (appelée parfois *décote*).

Le taux minoré est déterminé en fonction du nombre de trimestres qui séparent l'assuré soit de la durée d'assurance requise, soit de l'âge de soixante-cinq ans, la solution la plus favorable étant retenue. Il y a lieu ensuite de réduire le taux de la pension de 2,5 points par trimestre manquant (s'il manque ainsi une année à l'assuré pour parfaire sa carrière ou atteindre son soixante-cinquième anniversaire, la réduction du taux de sa pension sera égale à 10, soit un taux minoré de 40 %).

Le taux de la minoration doit être ramené progressivement de 2,5 points à 1,25 point par trimestre de 2004 à 2013. Pour l'année 2008, le taux est fixé ainsi à 1,875 point. Le taux de 1,25 s'applique dès à présent dans les régimes spéciaux où le mécanisme de la décote a été institué par la loi du 21 août 2003 (régime des pensions civiles et militaires de

l'État et régime des fonctionnaires et agents territoriaux et hospitaliers) et dans certains des régimes de travailleurs indépendants.

5. APPLICATIONS

Premier exemple : L'assuré est âgé de soixante ans et compte 160 trimestres au régime général. Il peut prétendre auprès de ce dernier à une pension normale :

$$\text{Pension} = (50 \%) \times \text{salaire annuel moyen}$$

Deuxième exemple : L'assuré est âgé de soixante ans et compte 160 trimestres, mais il a accompli une partie de sa carrière au régime général (120 trimestres) et une autre au régime des salariés agricoles (40 trimestres). Dès lors qu'il justifie d'une carrière complète *tous régimes confondus*, chaque régime doit appliquer les conditions d'ouverture des droits pour une pension complète, puis, une fois celle-ci calculée, procéder à la proratisation de son montant en fonction de la durée accomplie dans le régime :

$$\text{Pension du régime général} = [(50 \%) \times \text{salaire annuel moyen}] \times 120/160^e$$

$$\text{Pension du régime des salariés agricoles} = [(50 \%) \times \text{salaire annuel moyen}] \times 40/160^e$$

Troisième exemple : L'assuré est âgé de soixante-trois ans et compte 157 trimestres au régime général. Compte tenu de son âge et de la durée de sa carrière, sa pension fera l'objet à la fois d'une *minoration* de son taux (décote) et de la *proratisation* de son montant.

On procède, en premier lieu, au calcul du taux. Il manque à l'assuré huit trimestres pour atteindre l'âge de soixante-cinq ans et trois trimestres pour atteindre une carrière complète. On retiendra ce dernier chiffre, plus favorable à l'assuré, pour appliquer une minoration égale à 5,625 % (1,875 % par trimestre), soit un taux de pension égal à 44,375 %.

On procède ensuite au calcul de la pension :

$$\text{Pension} = [(44,375 \%) \times \text{salaire annuel moyen}] \times 157/160^e$$

Quatrième exemple : L'assuré est âgé de soixante-quatre ans et compte 147 trimestres au régime général. Compte tenu de son âge et de la durée de sa carrière, sa pension fera l'objet à la fois d'une *minoration* de son taux (décote) et de la *proratisation* de son montant.

On procède, en premier lieu, au calcul du taux. Il manque à l'assuré quatre trimestres pour atteindre l'âge de soixante-cinq ans et treize trimestres pour atteindre une carrière complète. On retiendra le premier chiffre, plus favorable à l'assuré, pour appliquer une minoration égale à 7,5 % (1,875 % par trimestre), soit un taux de pension égal à 42,5 %.

On procède ensuite au calcul de la pension :

$$\text{Pension} = [(42,5 \%) \times \text{salaire annuel moyen}] \times 147/160^e$$

Cinquième exemple : L'assuré est âgé de soixante-sept ans et compte 120 trimestres au régime général. Compte tenu de son âge, sa pension ne donnera pas lieu à une mesure de minoration du taux, mais, à l'inverse, à une mesure de *majoration* de sa carrière ; la pension fera néanmoins l'objet d'une mesure de *proratisation* de son montant.

On procède, en premier lieu, à la majoration de la carrière. L'assuré étant âgé de soixante-sept ans, sa carrière doit être majorée de 20 % (2,5 % par trimestre). La carrière de l'intéressé est ainsi égale à 144 trimestres (120 trimestres + [20 %] × 120, soit 120 + 24 = 144 trimestres).

On procède ensuite au calcul de la pension :

$$\text{Pension} = (50 \%) \times \text{salaire annuel moyen} \times 144/160^e$$

B. Le montant de la pension de retraite et son évolution

1. Le montant de la pension peut être assorti de *bonifications* et de *majorations* :

- *Bonification pour enfants* : lorsque l'assuré a eu ou qu'il a élevé au moins trois enfants (pendant neuf ans avant leur seizième anniversaire), la pension fait l'objet d'une bonification de 10 %.
- *Majoration pour conjoint à charge* : l'assuré peut prétendre à une majoration lorsque son conjoint est âgé de soixante-cinq ans (soixante ans en cas d'inaptitude au travail), ne bénéficie d'aucune pension ou allocation de vieillesse ou d'invalidité en vertu de droits propres ou de droits dérivés d'un précédent mariage et ne dispose pas de ressources personnelles ou de ressources inférieures à un seuil déterminé. La majoration, dont le montant n'a pas été modifié depuis le 1^{er} janvier 1977, est égale à 609,80 € par an.
- *Majoration pour tierce personne* : l'assuré qui bénéficie d'une pension de retraite pour inaptitude au travail ou d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, a droit à une majoration de sa pension, lorsqu'il est dans l'obligation d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. La majoration est égale à 40 % du montant de la pension sans pouvoir être inférieure à un minimum fixé par voie réglementaire (au 1^{er} janv. 2008 : 12 129,94 € par an).

2. Le montant de la pension ne peut être inférieur à un *minimum*. Le montant du minimum (6 958,21 € par an au 1^{er} janv. 2008) n'est dû dans son intégralité que pour autant que l'assuré justifie d'une carrière complète ; à défaut, le montant du minimum est proratisé en fonction du nombre des trimestres retenus pour le calcul de la pension.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, le montant du minimum est majoré (sans pouvoir excéder 7 603,41 € par an au 1^{er} janv. 2008) lorsque l'assuré justifie d'un nombre de périodes cotisées supérieur au nombre exigé pour l'attribution de la pension normale (soit 160 trimestres en 2008).

3. Les pensions étant calculées sur le salaire annuel moyen (ou le revenu professionnel annuel moyen) dans la limite du plafond des cotisations, leur montant ne peut excéder la moitié de celui-ci.

4. Le montant des pensions est assujéti :

- à une cotisation d'assurance maladie et maternité au taux de 3,2 % : la pension ouvre droit, pour l'assuré et ses ayants droit, au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité ;
- à la contribution sociale généralisée au taux de 6,6 % ;
- à la contribution pour le remboursement de la dette sociale au taux de 0,5 %.

5. Le montant de la pension fait l'objet, chaque année, d'une *revalorisation* : le coefficient de revalorisation est fixé annuellement par un arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac (le taux de revalorisation a été fixé, au 1^{er} janv. 2008, à 1,1 %).

C. La liquidation des droits et le service de la pension de retraite

1. La liquidation des droits à pension et le paiement des pensions relèvent des attributions des organismes d'assurance vieillesse. Au sein du régime général, la tâche incombe aux services de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

(CNAVTS), qui délèguent une partie de leurs attributions aux caisses régionales d'assurance maladie. S'ils demeurent affiliés à des régimes distincts, les entrepreneurs individuels de l'industrie et du commerce et les artisans relèvent désormais, pour le risque vieillesse, des caisses du nouveau régime social des indépendants.

2. La liquidation des droits est subordonnée à une *demande* de l'assuré. L'entrée en jouissance de la pension intervient soit à la date choisie par l'assuré (sans que celle-ci puisse être antérieure à la demande), soit à défaut au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

L'attribution de la pension est soumise au principe de l'*intangibilité des droits liquidés*. Une fois les délais du recours contentieux expirés, la liquidation est en principe *définitive*; l'assuré n'est pas fondé, en particulier, à contester les bases de la liquidation pour des raisons de convenance personnelle.

3. La pension est payée mensuellement à terme échu. En cas de décès de l'assuré, les arrérages sont versés aux ayants droit jusqu'à la fin du mois en cours lors du décès.

En cas de versement indu de prestations, l'organisme ne peut agir en répétition que dans les deux ans du paiement. La règle ne s'applique pas toutefois en cas de fraude ou de fausse déclaration de l'assuré, ni de paiement entre les mains d'un tiers (ainsi de la personne qui perçoit indûment la pension après le décès de l'assuré), l'action en répétition relevant alors de la prescription trentenaire.

4. Les pensions de retraite sont *cessibles* et *saisissables* dans les mêmes limites que les salaires. Elles sont toutefois cessibles et saisissables dans la limite de 90 % de leur montant pour le paiement des frais d'hospitalisation.

D. Le cumul de la pension de retraite et d'une activité

1. Sauf exception, l'attribution d'une pension de retraite est subordonnée à la cessation de l'activité exercée antérieurement.

2. Une fois ses droits liquidés, l'assuré peut normalement reprendre une activité. Les dispositions de l'ordonnance du 26 mars 1982 avaient entendu toutefois assortir cette faculté de certaines limites. Plusieurs fois modifiées, les règles de cumul d'une pension de retraite et d'une activité professionnelle ont été précisées en dernier lieu par la loi du 21 août 2003.

Il convient de procéder à une distinction :

- Certaines activités peuvent être exercées sans condition particulière : activités scientifiques, littéraires et artistiques, participation à des activités juridictionnelles (jury d'assises, conseiller prud'homme, etc.), à des jurys et instances diverses, activités occasionnelles, etc.
- L'assuré ne peut, en revanche, reprendre une activité professionnelle proprement dite, salariée ou non salariée, que pour autant que les revenus qu'il en tire ajoutés aux pensions (tant des régimes de base que des régimes complémentaires) sont inférieurs à la moyenne mensuelle de ses revenus professionnels de ses trois derniers mois d'activité ou bien à 160 % du montant mensuel du SMIC, la formule la plus favorable étant retenue. En cas de dépassement du seuil, le service de la pension est suspendu.
- Lorsque l'assuré reprend une activité chez son ancien employeur, il doit s'être écoulé, qui plus est, une durée de six mois au moins à compter de l'entrée en jouissance de la pension.

3. L'assuré peut également demander le bénéfice de la *retraite progressive*. Il est procédé ainsi à la liquidation d'une pension provisoire, cependant que l'assuré poursuit une activité partielle qui lui permet, le cas échéant, de parfaire ses droits.

Le montant de la pension liquidée à titre provisoire est fonction de l'importance de l'activité (de 30 à 70 % du montant de la pension normale). La retraite progressive prend fin lors de la cessation de l'activité de l'assuré qui peut prétendre alors à une pension normale.

Désormais applicable à l'ensemble des régimes, le dispositif de la retraite progressive demeure marginal (on ne compte ainsi que quelques centaines de bénéficiaires).

§3 – LES DROITS DU CONJOINT SURVIVANT : LA PENSION DE RÉVERSION

Le conjoint de l'assuré peut prétendre, sous certaines conditions, à l'attribution d'une prestation lors du décès de l'assuré : la *pension de réversion*. Celle-ci relève de la catégorie des *droits dérivés* (par opposition aux *droits propres* de l'assuré) ; le droit du conjoint survivant naît, en effet, du report sur sa tête d'une partie des droits auxquels l'assuré pouvait prétendre en contrepartie des cotisations versées, durant sa vie active, au régime dont il relevait.

Si l'attribution des pensions de réversion obéit, s'agissant des principaux régimes (régime général, régimes des travailleurs indépendants et régimes des salariés et des exploitants agricoles), à des règles identiques ou similaires, la majorité des régimes spéciaux comporte des règles particulières, nettement plus favorables : le droit à pension de réversion n'y est soumis, généralement, à aucune condition de ressources, ni de cumul avec des droits propres.

A. L'évolution de la pension de réversion

1. Suivant les dispositions applicables antérieurement à la loi du 21 août 2003, l'attribution de la pension de réversion était subordonnée à trois conditions :

- Le conjoint survivant devait être âgé de cinquante-cinq ans au moins (à défaut, le droit à pension de réversion était différé au cinquante-cinquième anniversaire).
- Il devait avoir été marié pendant deux ans au moins avec l'assuré (cette condition disparaissait toutefois lorsqu'un enfant était issu du mariage), et ne pas être remarié.
- Il ne devait pas enfin disposer de ressources personnelles excédant le montant du SMIC.

2. La pension de réversion était égale à 54 % du montant de la pension de l'assuré ; elle ne pouvait être cumulée que dans certaines limites avec les prestations de retraite perçues par le conjoint survivant au titre de ses droits propres.

3. La loi du 21 août 2003 a entendu réformer le régime de la pension de réversion en faisant disparaître les conditions tenant à l'âge du conjoint survivant, à la durée du mariage et à l'absence de remariage. Seules doivent subsister, en définitive, les conditions tenant au montant des ressources du conjoint survivant (ou du couple s'il est remarié).

La réforme est assortie d'une période transitoire : si les conditions relatives à la durée du mariage et à l'absence de remariage du conjoint survivant ont disparu au 1^{er} janvier 2005, la suppression de la condition d'âge ne prendra définitivement effet qu'au 1^{er} janvier

2011. La condition d'âge doit être ramenée, progressivement, à 52 ans (1^{er} juill. 2005), à 51 ans (1^{er} juill. 2007), à 50 ans (1^{er} juill. 2009) avant de disparaître au 1^{er} janvier 2011.

4. La loi du 17 juillet 1980 avait institué, sous la forme d'une nouvelle branche au sein des assurances sociales : l'*assurance veuvage*, une couverture spécifique du risque. Celle-ci ne conduisait toutefois qu'à l'attribution, sous de strictes conditions, notamment de ressources, d'une prestation minimale (l'*allocation de veuvage*) pendant une durée réduite (initialement fixée à trois ans, la durée avait été ramenée à deux ans). Gérée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, l'assurance veuvage était financée par une cotisation assise sur l'ensemble de la rémunération au taux de 0,10 % et supportée exclusivement par le salarié. La suppression de toute condition d'âge pour l'attribution de la pension de réversion a conduit le législateur de 2003 à supprimer l'assurance veuvage.

B. Les conditions d'attribution de la pension de réversion

1. Les droits à pension de réversion ne sont ouverts que pour autant que l'assuré est décédé. Toutefois la pension de réversion peut être liquidée (normalement à titre provisoire) en cas de *disparition* de l'assuré (au terme d'une période d'un an) ou d'*absence* (déclarée judiciairement).

2. L'attribution de la pension de réversion est réservée au *conjoint survivant* de l'assuré.

Il convient de préciser que :

- la condition n'est plus assortie désormais d'une condition de durée minimale du mariage ;
- le remariage du conjoint survivant ne le prive plus du bénéfice de la pension de réversion ;
- le mariage putatif produit ses effets sur les droits à la pension de réversion.

Lorsque l'assuré a été marié plusieurs fois, le montant de la pension de réversion est partagé entre les anciens conjoints au prorata de la durée de chacun des mariages. Le décès de l'un des bénéficiaires entraîne une nouvelle liquidation des droits.

On relèvera que le droit à la pension de réversion est réservé au conjoint survivant, c'est-à-dire à la personne ayant contracté mariage selon les règles du droit civil avec l'assuré. La personne qui avait contracté un pacte civil de solidarité (PACS) avec l'assuré, ou qui vivait en concubinage avec lui n'est pas assimilée au conjoint, et ne peut, dans ces conditions, prétendre au bénéfice de la pension de réversion.

3. L'attribution de la pension de réversion est subordonnée enfin à une condition tenant aux ressources du conjoint survivant (ou du couple si l'intéressé est remarié).

Le droit à pension de réversion n'est ouvert que pour autant que les ressources personnelles du conjoint survivant n'excèdent pas 2 080 fois le taux horaire du SMIC (soit 17 755,20 € au 1^{er} janv. 2008) ; lorsque le conjoint survivant est remarié, les ressources du ménage ne doivent pas excéder 1,6 fois le montant du plafond applicable à une personne seule (soit 28 408,32 € au 1^{er} janv. 2008).

La détermination du plafond de ressources est effectuée en fonction des ressources perçues au cours des trois derniers mois civils précédant la date d'effet de la pension de réversion. L'ensemble des ressources du conjoint survivant ou du ménage doit être pris en compte à cette fin, à l'exception des avantages de réversion servis par un régime complémentaire, des derniers revenus d'activité ou de remplacement de l'assuré décédé et des

revenus des biens immobiliers et mobiliers acquis du chef du conjoint décédé ou en raison de son décès.

4. La pension de réversion est égale à 54 % du montant de la pension dont l'assuré bénéficiait ou eût bénéficié. Elle ouvre droit, dans les mêmes conditions que celle-ci, au bénéfice de la majoration de 10 % pour charges de famille (v. *supra*, § 2, B). Elle peut être également assortie d'une majoration forfaitaire (en 2008 : 88,72 € par mois et par enfant), lorsque le bénéficiaire de la pension de réversion est âgé de moins de soixante-cinq ans et n'est titulaire d'aucun avantage personnel de retraite, et qu'il assume la charge d'un ou de plusieurs enfants.

La pension de réversion ne peut être inférieure à un *minimum*. Normalement égal à 3 137,19 € par an (1^{er} janv. 2008), ce minimum n'est dû que pour autant que la pension correspond à une carrière comptant quinze années au moins ; à défaut, le montant du minimum est proratisé en fonction de la durée d'assurance.

Le montant de la pension de réversion fait l'objet, à l'inverse, d'un *écrêtement* lorsque la somme du montant de la pension et des ressources personnelles est supérieure au plafond retenu pour l'ouverture des droits : le montant de la pension est, dès lors, réduit à due concurrence.

> SECTION 3

Les droits non contributifs

1. Les personnes âgées peuvent bénéficier, indépendamment des prestations de l'assurance vieillesse ou en complément de celles-ci, de prestations fondées sur les principes de l'aide sociale : ces prestations ne sont pas la contrepartie des cotisations versées au cours de la vie active, mais sont destinées aux personnes âgées dont les ressources sont insuffisantes, pour leur permettre de faire face à leurs besoins. Elles correspondent ainsi à des *droits non contributifs* qui procèdent des exigences du principe de la *solidarité nationale*.

2. Antérieurement au 1^{er} janvier 2007, la garantie de ressources minimales reposait sur un ensemble complexe de prestations servies sous de strictes conditions de ressources :

- Deux de ces prestations s'appliquaient aux travailleurs salariés (*Allocation aux vieux travailleurs salariés* [AVTS]) et aux vieux travailleurs non salariés (*Allocation aux vieux travailleurs non salariés* [AVTNS]) : instituées, la première en 1941, la seconde en 1952, elles étaient destinées aux travailleurs qui avaient exercé leur activité avant la création des régimes d'assurance vieillesse et ne pouvaient ainsi prétendre à une pension de vieillesse.
- Le *secours viager* s'appliquait au conjoint survivant d'un bénéficiaire de l'AVTS ou de l'AVTNS.
- L'*allocation aux mères de famille* et l'*allocation spéciale* s'adressaient enfin à diverses catégories de personnes âgées dépourvues de ressources (par ex. : mères de famille ayant élevé cinq enfants, personnes ne pouvant prétendre à aucune prestation d'un régime légal d'assurance vieillesse, etc.).
- Instituée en 1956 et financée initialement par le produit de la vignette automobile, l'allocation supplémentaire venait compléter les ressources de la personne âgée (qu'il s'agisse de l'une des allocations susmentionnées, des prestations de régimes vieillesse ou

de ressources propres) de manière à porter l'ensemble des ressources de l'intéressée (ou du ménage) à un montant minimum : le *minimum vieillesse*.

3. L'ordonnance du 24 juin 2004 a procédé à une réforme d'ensemble des prestations non contributives en substituant aux prestations antérieures une prestation unique : l'*allocation de solidarité aux personnes âgées* (ASPA). Ces dispositions sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2007, une fois édictées les mesures d'application nécessaires.

4. L'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est subordonnée à trois conditions :

- une condition d'âge : le demandeur doit être âgé de soixante-cinq ans au moins (soixante ans pour certaines catégories : inaptes au travail, ouvrières mères de famille, etc.).
- une condition de résidence : le demandeur doit justifier d'une résidence stable et régulière sur le territoire de la métropole ou des départements d'outre-mer (aucune condition de nationalité n'est, en revanche, exigée, contrairement aux allocations antérieures).
- une condition de ressources : l'ensemble des ressources du demandeur (ou du ménage) ne doit pas excéder un plafond fixé annuellement par voie réglementaire (au 1^{er} janv. 2008 : 7 719,52 € pour une personne seule, et 13 521,27 € pour un ménage).

L'allocation est attribuée à taux plein lorsque le demandeur répond aux conditions de ressources, et à taux réduit lorsque ses ressources excèdent, dans certaines proportions, le plafond retenu.

Au 1^{er} janvier 2008, le montant de l'allocation à taux plein est égal à : 7 537,30 € par an pour une personne seule (soit 618,10 € par mois) et 13 521,27 € par an pour un ménage (soit 1 126,77 € par mois).

Nota : Un décret du 7 mars 2008 a institué, à titre exceptionnel, un versement unique de 200 € au profit des titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ou de certaines autres allocations.

5. L'ordonnance du 24 juin 2004 a également institué l'*allocation supplémentaire d'invalidité* (ASI).

Le bénéfice de celle-ci est ouvert à toute personne qui, ne remplissant pas la condition d'âge requise pour ouvrir droit à l'allocation de solidarité aux personnes âgées, réside sur le territoire français (métropole et départements d'outre mer) et est titulaire d'un avantage d'invalidité ou de vieillesse au titre d'un régime légal. L'intéressé peut bénéficier de l'allocation s'il est atteint d'une Notainvalidité réduisant des deux tiers au moins sa capacité de travail ou de gain, ou bien s'il a obtenu un avantage d'invalidité ou de vieillesse en raison d'une telle invalidité.

L'allocation supplémentaire d'invalidité est attribuée sous les mêmes conditions de ressources que l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Au 1^{er} janvier 2008, le montant de l'allocation est égal à : 4 439,98 € (personne seule) et 7 326,61 € (ménage).

6. Si les organismes d'assurance vieillesse sont normalement chargés de l'attribution et du paiement des prestations non contributives, celles-ci revêtent le caractère de prestations sociales de l'État. C'est à ce dernier qu'il appartient d'en assurer le financement, notamment à travers le Fonds de solidarité vieillesse.

LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL : L'INDEMNISATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

INTRODUCTION

1. L'indemnisation des accidents du travail occupe une place à part dans notre système de sécurité sociale pour deux raisons au moins :

- La première raison est d'ordre historique : l'indemnisation des accidents du travail est le premier des risques sociaux à avoir donné lieu, dans notre pays, à l'adoption d'une législation spécifique : si la loi du 9 avril 1898 n'écarte l'application des règles de droit commun de la responsabilité civile que pour soumettre la réparation des accidents du travail à des dispositions particulières, elle n'en constitue pas moins, d'un point de vue symbolique, le premier des textes fondateurs de notre système de protection sociale.
- La seconde raison tient à l'originalité de la branche accidents du travail au sein du système de sécurité sociale. Si l'indemnisation des accidents du travail s'inscrit dans le cadre de la sécurité sociale, qu'il s'agisse de l'assujettissement, du financement ou des prestations, elle n'en comporte pas moins des caractères qui lui sont propres : les mécanismes de financement répondent, en particulier, au souci de faire varier le taux des cotisations supportées par l'employeur en fonction de la fréquence et de la gravité des accidents survenus dans son entreprise en vue de favoriser la prévention du risque.

2. Le champ d'application de l'indemnisation des risques professionnels est limité, pour l'essentiel, aux travailleurs salariés et assimilés :

- Le régime général (branche accidents du travail) s'applique à l'ensemble des travailleurs salariés et assimilés de l'industrie et du commerce; des mesures d'assujettissement par assimilation ont été également opérées au profit de certaines catégories exposées à des risques de même nature (par ex. : élèves des établissements d'enseignement technique, détenus astreints au travail pénal, stagiaires de la formation professionnelle, bénévoles de certaines associations, etc.).
- Les régimes spéciaux couvrent, le plus souvent, leurs ressortissants contre les risques professionnels moyennant l'application de règles qui leur sont propres (par ex. : régime des accidents de service des fonctionnaires et agents de l'État).
- Les salariés agricoles sont couverts, dans le cadre de leur régime, contre le risque professionnel. Durablement la loi du 9 avril 1898 leur est, il est vrai, demeurée applicable, mais la loi du 25 octobre 1972 est venue étendre le champ d'application du régime aux risques professionnels et reprendre à cet effet les règles du régime général.
- Les exploitants agricoles ont été soumis initialement à une obligation d'assurance, auprès de l'organisme de leur choix, pour la couverture des risques d'accident (professionnel ou non) et de maladie professionnelle (loi du 22 déc. 1966). La loi du 30 novembre 2001 a mis fin à cette obligation et lui a substitué un régime d'assurance accidents du travail des exploitants agricoles (AAEXA), qui reprend, moyennant certaines adaptations, les dispositions applicables au régime général.

3. L'indemnisation des accidents du travail revêt, au sein du régime général, le caractère d'une *branche* à part entière. Si la gestion en est confiée aux organismes de la branche maladie (caisses régionales et primaires d'assurance maladie, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés [CNAMTS]), elle doit demeurer distincte de la gestion des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général.

La distinction est à la fois administrative et financière :

- Au sein de la CNAMTS, les attributions qui relèvent normalement de la compétence du conseil de la Caisse nationale sont, lorsqu'elles s'appliquent à la branche accidents du travail, du ressort exclusif de la *commission des accidents du travail et des maladies professionnelles* instituée par la loi du 27 juillet 1994 et composée paritairement de représentants des organisations nationales de salariés et d'employeurs.
- La branche accidents du travail constitue l'une des quatre branches des dépenses que retrace la loi de financement de la sécurité sociale.
- La gestion financière et comptable de la branche procède de *fonds* qui lui sont propres : le *fonds national des accidents de travail* et le *fonds national de prévention des accidents du travail*, bien distincts des fonds nationaux qui concourent au financement des prestations maladie, maternité, invalidité et décès.

4. La définition des accidents et maladies d'origine professionnelle répondant à des conditions bien précises, tenant à la fois aux règles de fond et de procédure, nombre d'accidents et de maladies ne donnent pas lieu, en pratique, à prise en charge au titre de la branche accidents du travail, et sont supportés ainsi par la branche maladie. S'y ajoute un phénomène, relevé par plusieurs rapports, de *sous-déclaration* des accidents du travail et, plus encore, des maladies professionnelles. C'est pourquoi le législateur a entendu mettre à la charge de la branche accidents du travail une compensation financière au profit de la branche maladie : instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 au titre des maladies professionnelles, la compensation a été complétée, en 2002, pour tenir compte de la sous-déclaration des accidents du travail ; elle s'élève, chaque année, à 400 millions d'euros environ (415 millions en 2007).

5. Qu'il s'agisse de la prévention des risques professionnels, de l'étendue de la prise en charge des accidents du travail, maladies professionnelles et accidents du trajet, de la gestion de la branche ou encore de son financement, l'avenir de la branche accidents du travail a donné lieu, au cours de la période récente, à nombre de réflexions, rapports et travaux qui ont souligné les limites d'une législation largement prisonnière encore des choix opérés en 1898 (il en va ainsi, en particulier, du caractère *forfaitaire* de la réparation, y compris en cas de faute inexcusable de l'employeur).

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 a invité les partenaires sociaux à présenter tant au Gouvernement qu'au Parlement des propositions de réforme de la branche. Les négociations qui se sont ouvertes entre les organisations syndicales de salariés et d'employeurs ont conduit, au cours des années 2006 et 2007, à la signature de deux protocoles relatifs à la gouvernance de la branche (protocole du 28 févr. 2006) et à la prévention, à la tarification et à la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles (protocole du 12 mars 2007).

> SECTION 1

La prévention des risques

Le risque professionnel revêt, dans notre pays, une importance certaine. On compte ainsi, d'une année à l'autre, entre 1 200 000 et 1 500 000 accidents du travail au sens étroit du terme dont la moitié donne lieu à un arrêt de travail, et près de cinq cents au décès de la victime. Moins nombreuses (de l'ordre de 50 000 décisions de reconnaissance chaque année), le nombre des maladies professionnelles tend, quant à lui, à progresser rapidement; s'il découle pour partie de l'amélioration des conditions d'ouverture des droits (reconnaissance individuelle des maladies, assouplissement des règles de procédure), le phénomène n'en reflète pas moins la persistance et l'évolution des risques professionnels liés à l'emploi de certains produits et techniques de production. On conçoit dans ces conditions l'importance de la *prévention des risques*, à laquelle concourent les organismes de sécurité sociale.

§1 – LA POLITIQUE DE PRÉVENTION DES RISQUES

1. Si elle a pour objet premier l'indemnisation des victimes d'accidents et de leurs ayants droit, il incombe également à la branche accidents du travail de pourvoir à la prévention des risques professionnels. Cette double dimension, à la fois *préventive* et *curative*, de la prise en charge des risques professionnels constitue l'une des caractéristiques de la branche. On relèvera ainsi, par comparaison, que la branche santé a pour mission, avant tout, la prise en charge des soins, la prévention n'y revêtant, en dépit des mesures adoptées depuis plusieurs années, qu'un caractère quelque peu accessoire.
2. L'action de la branche accidents du travail doit s'inscrire, en la matière, dans le cadre de la politique de prévention définie et conduite par les pouvoirs publics.

L'action de la branche repose sur une série d'instances, de services et d'organismes :

- Des *comités techniques nationaux* et *régionaux*, composés paritairement de représentants des organisations syndicales des salariés et des employeurs et placés, respectivement, auprès de la CNAMTS et des caisses régionales d'assurance maladie participent à l'analyse des statistiques et à l'exploitation des études sur les risques; ils sont consultés sur les mesures envisagées par les organismes et peuvent eux-mêmes formuler des propositions. Le nombre des comités nationaux a été ramené de quinze à neuf par le décret du 1^{er} décembre 2000 et leur composition et leur fonctionnement quelque peu allégés; le nombre des comités régionaux est fonction de la diversité et de l'importance des risques dans la circonscription de la caisse régionale.
- Les caisses régionales disposent en leur sein d'un *service de prévention*, composé en particulier d'*ingénieurs-conseils* (au nombre de 260 environ) et de *contrôleurs de sécurité* (environ 500), également agréés par l'autorité de tutelle et assermentés.
- Constitué sous la forme d'une association de la loi du 1^{er} juillet 1901, rattaché à la CNAMTS et géré paritairement, l'*Institut national de recherche et de sécurité* (INRS) procède aux études, recherches et expérimentations dans les domaines de l'hygiène et de la sécurité du travail. Il compte environ 600 techniciens et chercheurs.

Le financement de l'action de la branche en matière de prévention des risques est assuré par le *Fonds national de prévention des risques professionnels*. Géré par la CNAMTS, le

Fonds est alimenté par un prélèvement opéré sur le produit des cotisations perçues au titre des accidents du travail ; les dépenses financées par le Fonds représentent environ 3 % des charges de la branche accidents du travail.

3. La branche accidents du travail concourt, en premier lieu, à l'évaluation, à l'analyse et à l'évolution des risques professionnels ainsi qu'à l'élaboration des mesures de prévention. L'analyse des statistiques et les travaux de l'INRS constituent sur ce point une contribution de première importance à la politique de prévention des risques professionnels en France.

La CNAMTS et les caisses régionales peuvent édicter, sous certaines conditions, de véritables mesures de prévention des risques s'imposant à l'ensemble des établissements concernés :

- La caisse régionale d'assurance maladie peut édicter des mesures générales de prévention des risques applicables à l'ensemble des employeurs de sa circonscription qui exercent une même activité ou qui utilisent les mêmes machines ou procédés. Ces mesures ne deviennent exécutoires toutefois qu'après avoir été homologuées par l'autorité de l'État.
- La Caisse nationale peut de même, à l'initiative des comités techniques nationaux, procéder soit à l'extension, moyennant éventuellement des modifications et adjonctions, à l'ensemble du territoire national des mesures de prévention ainsi prescrites par une caisse régionale, soit, à l'inverse, à leur annulation. Dans l'un et l'autre cas, la mesure prend la forme, en définitive, d'un arrêté interministériel.

4. Les caisses régionales d'assurance maladie sont également appelées à exercer un triple rôle de contrôle, d'incitation et de sanction à l'égard des employeurs :

- Les ingénieurs-conseils et contrôleurs de sécurité des services de prévention sont habilités à procéder à des visites au sein des entreprises et établissements pour s'assurer du respect des règles en matière de prévention des risques professionnels. Ils ne peuvent toutefois dresser un procès-verbal en cas d'infraction (à la différence des services de l'inspection du travail), mais de simples constats qui ne sont pourvus d'aucune autorité particulière. Les services de prévention des caisses régionales effectuent ainsi, chaque année, environ 200 000 visites.
- Les caisses régionales peuvent également, à titre d'incitation, accorder à une entreprise ou à un établissement, une avance à taux réduit pour la réalisation d'aménagements de nature à améliorer la sécurité des travailleurs, ou une subvention pour le financement d'actions expérimentales. Les incitations financières de la caisse régionale peuvent s'inscrire désormais dans le cadre d'un contrat de prévention conclu avec l'entreprise qui doit répondre lui-même aux objectifs et conditions générales des conventions d'objectifs définies au plan national par secteur d'activité.
- Les caisses régionales peuvent enfin, lorsqu'elles constatent des manquements au sein d'une entreprise ou d'un établissement, inviter l'employeur à prendre les mesures de prévention nécessaires. La caisse régionale ne dispose pas toutefois d'un pouvoir contraignant : si l'employeur entend contester la décision de la caisse régionale (d'ailleurs une simple « invitation » à se conformer à la loi), il lui appartient de saisir l'autorité de tutelle (normalement le directeur régional du travail et de l'emploi) dont la décision se substituera à la décision de l'organisme et s'imposera tant à ce dernier qu'à l'employeur, sauf à l'une ou à l'autre partie à saisir les juridictions de l'ordre administratif.

5. Les organismes de mutualité sociale agricole sont également appelés à concourir à la prévention des risques professionnels selon des modalités directement inspirées des dispositions applicables au régime général. La prévention des risques obéit à des règles particulières au sein des régimes spéciaux.

§2 – LA TARIFICATION DU RISQUE

Contrairement aux autres branches de la sécurité sociale qui tirent leurs ressources des cotisations et contributions perçues à un taux *uniforme*, le financement des dépenses de la branche accidents du travail repose pour partie, suivant des principes inspirés de techniques de l'assurance, sur l'application d'une tarification fondée sur le *coût effectif du risque* : la cotisation due par l'employeur varie ainsi en fonction du nombre et de la gravité des accidents du travail survenus et des maladies professionnelles constatées au cours de la période de référence.

A. Les bases de la tarification

1. Les cotisations dues au titre de la branche accidents du travail sont à la charge exclusive de l'employeur ; elles sont assises, selon les mêmes règles que les autres cotisations sur l'ensemble des sommes et avantages perçus par le salarié en contrepartie ou à l'occasion du travail (v. *supra*, deuxième partie, chap. IV) ; alors qu'elles étaient auparavant soumises à la règle du plafond, elles sont, depuis le 1^{er} janvier 1991, assises sur l'*intégralité* de sommes et avantages compris dans l'assiette des cotisations.

2. Le calcul du *taux net* de la cotisation procède de la somme du *taux brut* et de trois *majorations* :

a) Le *taux brut* de cotisation correspond à la couverture des accidents du travail (au sens étroit du terme) et des maladies professionnelles.

Le taux brut est obtenu en rapportant à la masse salariale de l'établissement au cours des trois années écoulées la valeur du risque déterminé par le montant de l'ensemble de prestations et indemnités servies au titre des accidents constatés et des maladies déclarées au cours de la même période.

Le taux brut de cotisation ne s'applique cependant qu'aux établissements les plus importants. On distingue ainsi :

- La tarification *réelle* s'applique aux établissements qui comptent au moins deux cents salariés.
- À l'opposé, les établissements qui comprennent moins de dix salariés sont assujettis selon la tarification *collective* : il leur est fait application du taux collectif de établissements de la branche d'activité dont ils relèvent.
- Les établissements dont l'effectif est compris entre dix et cent quatre-vingt-dix-neuf salariés sont assujettis selon la tarification *mixte* : le taux brut qui leur est applicable est égal au taux collectif de la branche d'activité dont ils relèvent, assorti d'un correctif en fonction de leur taux réel ; la correction est d'autant plus importante que l'effectif de l'établissement est proche du seuil de la tarification réelle.

b) Au taux brut de cotisation, s'ajoutent trois *majorations* :

- La première majoration (M1) s'applique à la couverture des accidents de trajet. Elle est égale à un pourcentage appliqué à l'assiette des cotisations (0,27 % en 2008).

- La deuxième majoration (M2) correspond aux charges générales de la branche accidents du travail (gestion administrative, rééducation professionnelle, prévention des risques). Elle est égale à un pourcentage appliqué au taux brut (38 % en 2008)
- La troisième (M3) couvre, d'une part, les mesures de compensation mises à la charge du régime général au profit du régime des salariés agricoles et de certains régimes spéciaux (par ex. : régime minier), d'autre part, diverses charges communes. Elle est égale à un pourcentage appliqué à l'assiette des cotisations (0,61 % en 2008).

Les majorations sont fixées forfaitairement, en principe chaque année, par une délibération de la commission nationale des accidents du travail entérinée par un arrêté interministériel.

Ainsi, pour une entreprise de plus de deux cents salariés, dont le taux brut est égal à 5 %, le taux réel de la cotisation s'élèvera à : $5 + 0,27 + (5 \times 38/100) + 0,61 = 7,78$ (soit un taux de 7,78 % appliqué à l'assiette des cotisations).

3. Les bases de la tarification du risque font l'objet de vives critiques. Outre la complexité des règles applicables, il leur est reproché de ne plus avoir véritablement d'effet incitatif. On observe en effet une diminution importante de la part du taux brut dans le taux net des cotisations (celui-ci représente aujourd'hui moins de 40 % du taux net de cotisation, cette moyenne masquant toutefois des disparités d'une branche à l'autre).

Cette évolution s'explique par la montée des charges communes couvertes par la majoration M2. Parmi celles-ci, on mentionnera :

- Les maladies professionnelles qui donnent lieu à prise en charge, mais sans pouvoir être imputées, souvent en raison de l'ancienneté de l'exposition au risque, à un employeur déterminé.
- Le montant des sommes reversées, chaque année, à la branche maladie pour tenir compte du phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et compenser ainsi les charges supportées par l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès.
- La contribution de la branche au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

De nombreux travaux d'études et rapports d'enquête ont été consacrés, au cours de la période récente, aux règles de la tarification du risque et, plus largement, au financement de la branche accidents du travail, dont une réforme ne saurait être ainsi exclue dans les années à venir.

B. Les modalités de la tarification

1. L'application des règles de la tarification du risque s'inscrit dans le cadre de l'*établissement*.

Les établissements sont classés, notamment pour l'application des règles de la tarification collective et de la tarification mixte, en fonction de la nature de leur activité d'après une nomenclature des risques édictée par voie d'arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale. En cas d'activités multiples, le classement de l'établissement est opéré en fonction de l'activité qui occupe le plus grand nombre de salariés.

2. L'application des règles de la tarification relève de la compétence de la caisse régionale d'assurance maladie :

- La caisse régionale procède au classement des établissements situés dans le ressort

- Elle procède de même à la fixation du taux brut de chaque établissement et est appelée ainsi à notifier, chaque année, à chaque établissement le taux de cotisation qui lui est applicable en fonction des éléments des trois années antérieures (coût du risque et masse salariale).

Nota : L'assiette et le recouvrement des cotisations dues au titre des accidents du travail demeurent de la compétence de l'URSSAF, à laquelle la caisse régionale communique le taux afférent à l'établissement.

3. L'application des règles de tarification donne lieu, en cas de litige entre la caisse régionale et l'employeur, à un contentieux particulier. Les contestations font l'objet, en effet, d'un contentieux spécial de la sécurité sociale et doivent être portées devant la *Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents de travail* (CNITAAT). Celle-ci se prononce en premier et dernier ressort, ses arrêts pouvant faire l'objet d'un pourvoi devant la Cour de cassation (v. *supra*, première partie, chap. IV, sect. 1, §2).

C. Les ristournes et les cotisations supplémentaires

1. Les caisses régionales d'assurance maladie peuvent user de la tarification soit pour inciter les employeurs à poursuivre leurs efforts de prévention, soit, à l'inverse, pour les sanctionner de leur carence : tel est l'objet des ristournes et des cotisations supplémentaires.

2. Une *ristourne* peut être accordée, dans la limite de 25 % du taux brut, à un établissement en raison des efforts de prévention des risques accomplis par l'employeur. Les ristournes peuvent être accordées, en principe, aux établissements qui relèvent du régime de la tarification collective et du régime de la tarification mixte (la ristourne ne s'applique alors qu'à la part du taux brut correspondant au taux réel de l'établissement).

3. La caisse régionale peut également imposer une *cotisation supplémentaire* à l'employeur en raison soit d'une infraction à la réglementation du travail dûment constatée par l'inspection du travail, soit de l'inobservation des mesures de prévention prescrites au plan national ou au plan régional par les organismes de la branche accidents du travail, soit encore en cas de faute intentionnelle de l'employeur. Le taux de la cotisation supplémentaire peut s'élever jusqu'à 25 % du montant de la cotisation principale, voire atteindre jusqu'à deux fois le montant de celle-ci. Le contentieux des cotisations supplémentaires relève également de la compétence en premier et dernier ressort de la CNITAAT. Il convient de préciser que le dispositif revêt un caractère quelque peu symbolique, seuls quelques centaines d'établissements faisant l'objet, chaque année, de la procédure des cotisations supplémentaires.

> SECTION 2

Les risques couverts

Les règles de l'indemnisation des accidents du travail n'étendaient leurs effets, lors de l'adoption de la loi du 9 avril 1898, qu'aux seuls accidents au sens étroit du terme. Toutefois, la prise en charge des risques professionnels s'est élargie dès 1919 aux maladies professionnelles, du moins à celles d'entre elles figurant dans des tableaux. L'intégration de l'indemnisation des risques professionnels dans la sécurité sociale nouvellement instituée s'est traduite, dès 1946, par la couverture, en sus des accidents du travail et des maladies professionnelles, des accidents de trajet.

§1 – L'ACCIDENT DU TRAVAIL

Suivant les dispositions de l'article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale, « est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail ». La définition de l'accident du travail repose ainsi sur deux éléments : l'existence d'un *accident* revêtant un caractère *professionnel*.

A. La notion d'accident

1. Suivant la jurisprudence de la Cour de cassation, revêt le caractère d'un accident tout événement ayant un caractère *soudain* et provoquant une *lésion* de l'organisme humain.

2. La jurisprudence a longtemps perçu dans l'*accident*, par opposition à la *maladie*, « l'action violente et soudaine d'une cause extérieure ». Le caractère violent de l'événement n'est plus aujourd'hui retenu pour la définition de l'accident, qui repose avant tout sur la *soudaineté* de l'événement que caractérise, en particulier, sa localisation précise dans le temps.

Le critère de la soudaineté permet ainsi d'appliquer la qualification d'accident à l'ensemble des accidents au sens usuel du terme (chocs, chutes, noyades, électrocutions, intoxications brutales, etc.) sans qu'il y ait lieu de distinguer selon que l'accident a une origine mécanique ou résulte de l'action d'un agent chimique, thermique, lumineux ou acoustique.

Le critère de la soudaineté permet ainsi de procéder à la distinction de l'accident et de la maladie : l'ensemble des troubles, lésions et affections qui n'ont pas une origine et une date certaines, mais sont liés à l'exposition durable à un agent, à l'emploi d'un instrument ou encore à un mode de travail ne sauraient relever de la catégorie des accidents.

Une maladie peut toutefois constituer un accident lorsqu'elle peut être rattachée à un événement certain : il en va ainsi, par exemple, d'une maladie contractée à l'occasion d'un événement déterminé (par ex. : affection provoquée par la morsure ou la piqure d'un animal, surdité consécutive à une explosion) ou encore de l'aggravation brutale de la maladie à la suite de contraintes professionnelles (par ex. : infarctus).

3. L'accident ne peut être retenu que pour autant qu'il a provoqué une *lésion corporelle*, autrement dit qu'il en résulte une atteinte à l'*intégrité* de la personne du salarié.

La nature de l'atteinte importe peu : la qualification s'étend non seulement aux plaies, fractures et blessures de toute nature, mais également aux lésions internes; elle s'applique, de même, aux atteintes nerveuses et psychiques. La gravité de la lésion n'importe pas davantage, la qualification s'appliquant que l'accident ne donne lieu qu'à des atteintes légères, ou qu'il entraîne la mort de la victime.

4. De la lésion caractéristique de l'accident, il convient de distinguer, le cas échéant, la *rechute*, qui survient postérieurement à la guérison ou à la consolidation d'un précédent accident du travail du seul fait de l'évolution spontanée des séquelles de celui-ci. L'indemnisation de la rechute s'inscrit dans le cadre de la prise en charge de l'accident dont elle constitue la conséquence.

B. Le caractère professionnel de l'accident

1. La loi du 9 avril 1898 ayant consacré la responsabilité sans faute de l'employeur du fait des accidents du travail, la jurisprudence avait opté, pour caractériser l'accident du travail, en faveur du risque de l'autorité : un accident ne pouvait donner lieu à prise en charge que pour autant que le salarié se trouvait, lors de la survenance de l'événement, sous la subordination de l'employeur.

Les dispositions de l'article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale étendant la notion d'accident du travail à tout accident « survenu par le fait ou à l'occasion du travail », une conception plus ouverte aurait pu être retenue, qui conduirait à reconnaître le caractère professionnel de tout accident lié à l'exercice de l'activité professionnelle. La jurisprudence n'a pas renoncé toutefois au critère de l'autorité; son application est toutefois nuancée notamment en raison de la *présomption* instituée au profit de la victime en cas d'accident survenu au temps et au lieu du travail.

2. Lorsque l'accident est survenu au lieu et au temps du travail, l'accident est, en effet, présumé constituer un accident du travail. La victime doit simplement rapporter la preuve de la *matérialité* de l'accident.

Il s'agit d'une présomption simple. Elle peut être renversée, notamment par l'employeur ou par l'organisme de sécurité sociale, dans deux cas :

- Premier cas : l'accident a une *origine totalement étrangère au travail*. La preuve est très difficile à rapporter sur ce point, le doute profitant à la victime. L'observation vaut y compris lorsque la question n'est pas d'ordre purement médical : ainsi le meurtre pour des raisons privées d'un salarié sur les lieux de travail demeure un accident du travail, ne serait-ce que parce qu'il a été rendu possible par un défaut de surveillance des locaux de l'entreprise.
- Second cas : l'accident est survenu alors que la victime *s'est soustraite à l'autorité de l'employeur*. La preuve est également difficile à rapporter, la simple désobéissance ne suffisant pas, en particulier, à caractériser la soustraction à l'autorité de l'employeur : ainsi une rixe qui éclate inopinément entre des salariés sur les lieux de travail, n'exclut pas, le cas échéant, l'application de la présomption d'imputabilité.

Lorsque la présomption d'imputabilité joue, la victime doit simplement rapporter la preuve de la *matérialité de l'accident* et de l'*existence de la lésion* qui s'en est suivie. On observera que la jurisprudence tend à faire une application souple des éléments de lieu et de temps pour ouvrir le bénéfice de la présomption à la victime : le lieu de travail doit s'entendre de l'ensemble des locaux et dépendances relevant de l'autorité de l'employeur (il en va ainsi, par ex., du parc de stationnement de l'entreprise); de même le temps de travail englobe l'horaire de travail y compris les temps de pause et de repos ou les repas, et s'étend, par ailleurs, à l'exercice des mandats et fonctions représentatives dont sont investis certains salariés. La présomption s'applique également en cas d'accident survenu au cours d'une période d'astreinte dans les locaux de l'entreprise (Civ. 2^e, 2 nov. 2004, *Dr. soc.* 2005, p. 233, obs. L. Milet).

3. Lorsque l'accident est survenu en dehors du lieu et/ou en dehors du temps de travail, il appartient à la victime de rapporter la preuve non seulement de la matérialité de l'accident et de l'existence de la lésion, mais également de l'imputabilité au travail de l'accident survenu. Le critère de l'autorité de l'employeur conduit à exiger, dès lors, de la victime qu'elle établisse qu'elle s'en tenait, lors de la survenance de l'accident, à l'exécution des tâches que son employeur lui avait confiées. La preuve n'est pas toujours aisée à rapporter.

4. La Cour de cassation a procédé, en 2001, à un important revirement de jurisprudence s'agissant des accidents subis par les *salariés en mission* :

- Durablement, la jurisprudence s'en était tenue à une distinction, bien complexe en pratique, entre les accidents survenus dans le cadre de l'exécution même de la mission, et les accidents survenus alors que le salarié a recouvré son indépendance (par ex. :

accidents survenus, le soir, à l'hôtel) : seuls les premiers revêtaient un caractère professionnel, à charge pour la victime de rapporter la preuve que l'accident était survenu lors de l'accomplissement de la mission.

- Cette distinction est désormais révolue. Suivant la formule adoptée en 2001, l'accident survenu en mission est *présupposé imputable à l'accomplissement de celle-ci*, sauf à l'employeur ou à l'organisme de sécurité sociale à rapporter la preuve que le salarié avait, lors de la survenance de l'accident, interrompu sa mission pour un motif personnel (Soc., 19 juill. 2001, *Société Framatome c. Mme Gicquiaux et autres, Mme Salomon c. CPAM de Lyon et autre* [deux arrêts], *Dr. soc.* 2001, p. 1022, obs. X. Prétot).

§2 – LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Durablement la prise en charge des maladies professionnelles s'est inscrite exclusivement dans le cadre des *tableaux des maladies professionnelles*. Les limites du système ont conduit les pouvoirs publics, voici une quinzaine d'années, à l'assortir d'une procédure de reconnaissance individuelle.

A. Les tableaux des maladies professionnelles

1. Dès 1919, on a eu recours, pour l'indemnisation des maladies professionnelles, au mécanisme des tableaux, qui permettent, par le jeu de la présomption résultant de la réunion des conditions fixées par le tableau, de lever les difficultés d'imputation à l'activité professionnelle de la maladie dont souffre le salarié.

Il existe aujourd'hui une centaine de tableaux des maladies professionnelles (numérotés de 1 à 98, mais il existe plusieurs tableaux *bis*) qui se rapportent aux agents pathogènes (substances chimiques, poussières, rayonnements, ambiances et attitudes particulières). Les tableaux qui sont fixés par voie de décret en Conseil d'État, sont périodiquement modifiés et complétés en fonction de l'exploitation des statistiques et des études épidémiologiques, de manière à améliorer la prise en charge des maladies liées à l'exercice d'une activité professionnelle.

96 % environ des maladies professionnelles sont reconnues sur le fondement des tableaux.

2. La composition de chacun des tableaux obéit au même schéma :

- Le tableau recense, en premier lieu, les différentes maladies susceptibles d'être provoquées par l'agent pathogène.
- Il fixe également le délai de prise en charge, c'est-à-dire le délai pendant lequel la maladie demeure susceptible d'apparaître alors que l'exposition au risque a pris fin (délai d'incubation).
- Il détermine enfin la liste des activités susceptibles de provoquer la maladie. Cette liste revêt, le plus souvent, un caractère indicatif; pour certains tableaux, elle est cependant limitative.

3. Les règles de prise en charge d'une maladie professionnelle sont, dès lors, très simples. La victime doit établir :

- qu'elle est atteinte d'une des maladies faisant l'objet de l'un des tableaux;
- qu'elle a exercé l'une des activités susceptibles, selon les tableaux, de provoquer la maladie (ou une autre activité lorsque la liste fixée par le tableau n'est pas limitative);
- que le délai d'incubation prescrit par le tableau a été respecté.

Lorsque les conditions sont réunies, la maladie dont souffre le salarié, est présumée d'origine professionnelle. Il s'agit toutefois d'une *présomption simple* : l'employeur ou l'organisme de sécurité sociale peut renverser la présomption à la condition de rapporter la preuve que le travail est totalement étranger à la naissance de la maladie (il s'agit d'une preuve contraire excessivement difficile à rapporter en pratique).

4. Lorsqu'un tableau est modifié par le pouvoir réglementaire, les travailleurs qui ne remplissaient pas les conditions précédemment requises pour la prise en charge, peuvent, s'ils remplissent les conditions fixées par le nouveau tableau, demander la prise en charge de leur maladie. La prise en charge n'opérera toutefois que pour l'avenir ; elle ne sera pas davantage imputée à l'employeur de l'intéressé pour l'application des règles de tarification du risque.

B. La procédure de la reconnaissance individuelle

1. Jusqu'à une période récente, la victime d'une maladie qui ne remplissait pas les conditions fixées par les tableaux des maladies professionnelles, ou qui était atteinte d'une affection non prévue par les tableaux, ne pouvait pas être prise en charge et relevait, plus simplement, de l'assurance maladie.

La jurisprudence admettait, il est vrai, qu'une maladie puisse être assimilée à un accident du travail (au sens étroit du terme), mais il convenait d'établir qu'elle avait pour origine un événement soudain : tel n'est pas le cas de la maladie contractée par simple contagion, comme l'avait jugé la Cour de cassation dans l'affaire *Gendre* (Ass. plén., 21 mars 1969, D. 196.531 [le litige se rapportait, en l'espèce, à la poliomyélite contractée par un interne lors de l'exercice de ses fonctions dans un établissement de soins]). Il subsistait ainsi, entre les accidents du travail et les maladies professionnelles, un « angle mort », que la loi du 27 janvier 1993 a entendu fermer en instituant la procédure de la *reconnaissance individuelle* des maladies professionnelles.

2. La reconnaissance individuelle de la maladie professionnelle peut intervenir dans deux cas :

- Premier cas : la victime est atteinte d'une maladie inscrite dans l'un des tableaux, mais ne remplit pas les conditions de prise en charge prévues par celui-ci (par ex. : le délai d'incubation est dépassé).
- Second cas : la victime est atteinte d'une maladie qui ne figure pas aux tableaux des maladies professionnelles. Il convient alors soit que la maladie ait causé le décès de la victime (la demande est alors formulée par ses ayants droit), soit qu'elle ait entraîné une incapacité permanente partielle au moins égale à 25 % (le taux avait été fixé initialement aux deux tiers avant d'être réduit à 25 % en 2002).

3. Dans l'un et l'autre cas, la maladie peut faire l'objet d'une prise en charge s'il est établi qu'elle a été directement causée par le travail habituel de la victime.

La demande de la victime (ou de ses ayants droit) est soumise à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles composé de trois médecins (le médecin-conseil régional, le médecin-inspecteur de la santé publique et un praticien spécialisé). L'avis émis par le comité lie la caisse primaire d'assurance maladie.

C. La prise en charge des affections liées à l'amiante

1. L'importance du nombre de victimes d'affections liées à l'amiante, et la gravité de celles-ci ont amené les pouvoirs publics à édicter des mesures particulières de prise en charge.

2. Certaines mesures se rapportent, directement, à l'application de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ainsi les dispositions de la loi du 23 décembre 1998 (art. 40) ont-elles autorisé les victimes relevant du régime général ou du régime des salariés agricoles (ou leurs ayants droit) à demander la prise en charge de leur affection sans que puissent leur être opposés les délais de la prescription biennale. La prise en charge ne joue que pour l'avenir, mais s'étend y compris, s'il y a lieu, aux réparations dues en cas de faute inexcusable. La prise en charge ne donne pas lieu toutefois à imputation de la maladie, ni de la faute inexcusable à l'employeur, et doit être supportée par la branche au titre des charges communes.

3. Dans un registre voisin, on mentionnera la création de l'*allocation de cessation anticipée d'activité* servie aux salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, qui cessent leur activité avant de pouvoir obtenir une pension de retraite au taux plein. Versée par les caisses régionales d'assurance maladie, l'allocation est financée par le *Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante*, dont les ressources sont constituées d'une fraction du droit de consommation des tabacs, d'une contribution des employeurs intéressés et des concours financiers des branches accidents du travail du régime général et du régime des salariés agricoles.

4. L'institution du *Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante* (FIVA) est d'application nettement plus étendue.

Institué par la loi du 23 décembre 2000 et érigé en établissement public national à caractère administratif, le Fonds à vocation à indemniser :

- les personnes qui ont obtenu la reconnaissance de leur maladie au titre des législations sur les maladies professionnelles ;
- les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire français ;
- ainsi que leurs ayants droit.

La réparation est en principe intégrale ; le Fonds est subrogé, à hauteur des sommes versées, dans les droits de la victime (ou de ses ayants droit) contre les personnes tenues, à un titre ou à un autre, à la réparation du dommage.

Le Fonds est financé, pour l'essentiel, par une contribution mise à la charge de la branche accidents du travail du régime général.

§3 – L'ACCIDENT DE TRAJET

1. La loi du 30 octobre 1946 a étendu la couverture des risques garantis par la branche accidents du travail aux accidents survenus lorsque le salarié se rend au travail ou en revient, autrement dit aux *accidents de trajet*. La définition de l'accident de trajet procède des dispositions de l'article L. 411-2 du Code de la sécurité sociale, qui ont donné lieu à une abondante jurisprudence de la Cour de cassation.

2. La définition de l'accident de trajet repose sur la notion de *trajet protégé* (v. *infra*, Tableau n° 9).

A. Extrémités du trajet

À l'une des extrémités du trajet figure le *lieu de travail* ; à l'autre figure selon les cas :

- la résidence principale ;

- une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité;
- le lieu où le salarié prend habituellement ses repas;
- tout lieu où le travailleur se rend habituellement pour des motifs familiaux (par ex. : crèche ou école).

Une double précision s'impose :

- Le trajet commence (ou cesse) à l'accès *extérieur* de l'entreprise : l'accident qui survient dans les dépendances de celle-ci (par ex. : accident sur un parc de stationnement de l'entreprise), revêt le caractère d'un accident du travail, dès lors que l'autorité de l'employeur s'exerce sur les lieux de l'accident.
- Le trajet commence (ou cesse) à l'accès *extérieur* de l'habitation : l'accident survenu dans l'habitation revêt le caractère d'un accident de la vie privée. Lorsque le salarié demeure dans une maison privée, le trajet commence à l'accès qui mène à la voie publique; s'il habite un immeuble collectif, le trajet débute dès l'accès aux parties collectives de l'immeuble (la chute dans l'escalier de l'immeuble peut constituer ainsi un accident de trajet).

B. Accomplissement du trajet : les détours et les interruptions

L'accident dont est victime le salarié qui se rend à son travail ou qui en revient, ne constitue un accident de trajet que s'il survient sur le trajet *normal* du travail. Il s'en suit une double appréciation :

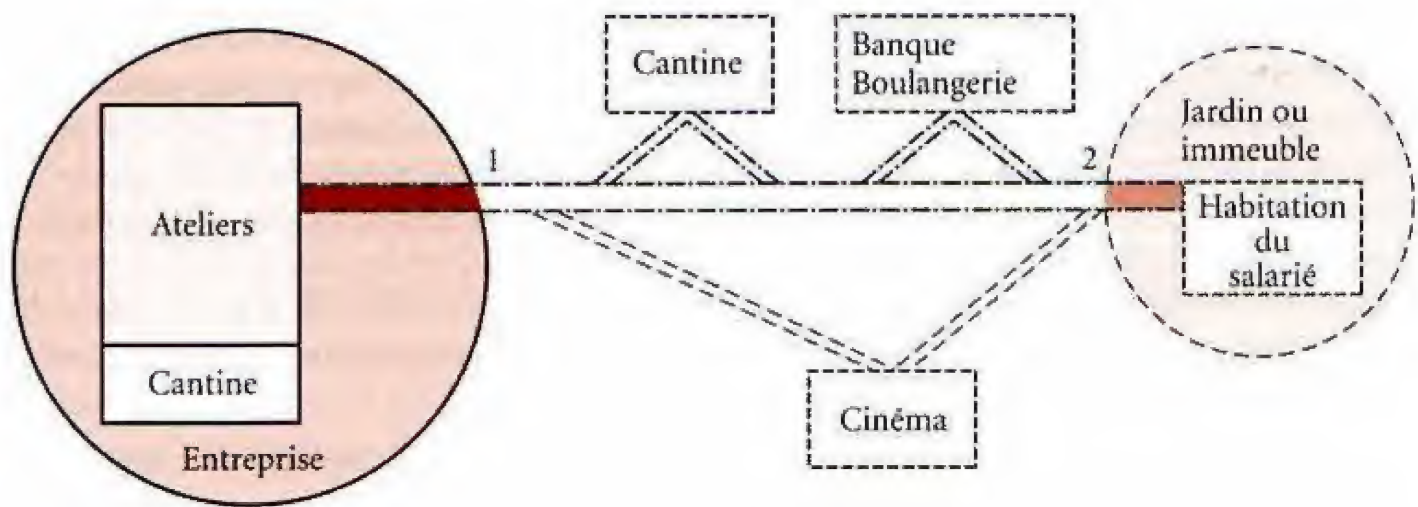
- Le trajet suivi par le salarié doit correspondre au *parcours normal* (en principe le plus court) qui mène d'une extrémité à l'autre.
- L'accomplissement du trajet doit correspondre au *temps normal*, compte tenu de l'horaire de travail et de la durée du parcours.

Cette double exigence est tempérée toutefois en cas de *détour* ou d'*interruption* justifiés :

- Lorsque la victime s'est détournée de son parcours habituel pour des motifs inhérents aux *nécessités de la vie courante ou à l'emploi*, elle conserve, en cas d'accident survenu sur le chemin du détour, le bénéfice de la protection contre les accidents de trajet; si le détour est motivé par des motifs purement personnels (par ex. : détour pour se rendre au cinéma ou chez des amis), l'accident survenu ne revêt pas le caractère d'un accident de trajet.
- De même, la victime demeure-t-elle protégée en cas d'accident survenu au-delà de la durée normale du trajet s'il s'avère qu'elle a interrompu celui-ci pour des motifs inhérents aux *nécessités de la vie courante ou à l'emploi*. Dans le cas contraire, l'accident ne saurait donner lieu à prise en charge.

L'accident de trajet procède, au terme de la jurisprudence, d'une conception *dynamique* du trajet professionnel : l'accident de trajet est un accident de la *circulation* (au sens large du terme). Dès lors, si l'accident survenu pendant un détour demeure un accident de trajet si le détour est justifié, l'accident survenu pendant l'interruption ne constitue pas un accident de trajet, même si l'interruption est justifiée.

**Tableau 9. - DÉFINITION DE L'ACCIDENT DU TRAJET :
PARCOURS PROTÉGÉ, DÉTOURS ET INTERRUPTIONS**



LÉGENDE :

- Zone de l'accident du travail proprement dit
- - - Zone de l'accident de trajet
- ... Zone de l'accident de droit commun
- 1 : Porte extérieure de l'entreprise
- 2 : Porte de l'habitation proprement dite du salarié
- Zone soumise à l'autorité de l'employeur, où l'accident relève de la catégorie des *accidents du travail*
- Zone où l'accident relève, soit de la catégorie des *accidents du trajet* (parties communes d'un immeuble collectif), soit du *droit commun* (jardin privatif)

3. La qualification d'accident de trajet n'est pas sans intérêt pour le salarié qui en est victime : elle lui ouvre, en effet, le bénéfice des mêmes prestations en nature et en espèces prévues qu'en cas d'accident du travail (au sens étroit du terme) ou de maladie professionnelle.

L'accident de trajet n'emporte pas toutefois les mêmes conséquences dans les rapports :

- entre le salarié et l'employeur : les règles protectrices du salarié (obligation de reclassement, indemnisation particulière du licenciement) ne jouent qu'en cas d'accident du travail (au sens étroit) ou de maladie professionnelle, non en cas d'accident de trajet.
- entre le salarié et l'auteur de l'accident : sauf faute inexcusable ou intentionnelle, le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne peut rechercher la responsabilité de l'employeur ; lorsque l'accident revêt le caractère d'un accident de trajet, le salarié peut agir, aux fins d'indemnisation de son préjudice, à l'encontre de l'auteur de l'accident, quel qu'il soit.
- entre l'employeur et l'organisme de sécurité sociale : alors que la prise en charge d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle intervient dans la détermination du taux brut de cotisation de l'employeur, la couverture des accidents de trajet est garantie par une majoration uniforme pour l'ensemble des employeurs (majoration M1).

> SECTION 3

Les modalités de la réparation

S'il est vrai qu'elle est plus favorable que l'indemnisation des accidents et maladies de droit commun, qui relèvent des assurances maladie et invalidité, l'indemnisation des accidents du travail n'en conserve pas moins des traits caractéristiques qui traduisent la persistance des principes issus de la loi du 9 avril 1898 : qu'il s'agisse des prestations en nature ou bien des prestations en espèces, l'indemnisation demeure *forfaitaire* et, si la victime (ou ses ayants droit) peut agir librement aux fins de réparation complémentaire à l'encontre de l'auteur de l'accident ou de la maladie, lorsqu'il est imputable à un tiers, elle ne saurait obtenir des compléments de réparation lorsque l'employeur est à l'origine du fait générateur, à moins qu'il ne soit établi à l'encontre de celui-ci une faute inexcusable ou une faute intentionnelle.

La prise en charge des accidents du travail offre ainsi un contraste certain avec les dispositions adoptées, au cours des dernières décennies, pour la couverture de nombre de risques, la responsabilité automatique de l'auteur du dommage n'excluant pas la réparation intégrale du préjudice subi par la victime. Tel est le cas, par exemple, de l'indemnisation des victimes des accidents de la circulation (loi du 5 juill. 1985, chap. I). Souvent dénoncée, la situation faite ainsi aux victimes d'accidents du travail persiste, faute pour les pouvoirs publics de s'engager dans une réforme qui se traduirait, nécessairement, par un accroissement des charges pesant sur les employeurs.

§1 – LES RÈGLES DE PROCÉDURE ET DE PRESCRIPTION

1. Le bénéfice des prestations en nature et en espèces dues en cas d'accident du travail n'est assorti, à proprement parler, d'aucune condition d'ouverture des droits : aucune durée préalable d'immatriculation ou d'emploi n'est ainsi exigée.
2. La prise en charge des accidents du travail, des maladies professionnelles et des accidents de trajet est subordonnée à une *déclaration* auprès des services de la caisse primaire d'assurance maladie :
 - S'agissant des accidents du travail (au sens étroit du terme) et des accidents de trajet, il incombe à la victime d'informer l'employeur dans les vingt-quatre heures (sauf force majeure), à charge pour l'employeur de procéder à la déclaration dans les quarante-huit heures.
 - S'agissant des maladies professionnelles, c'est à la victime (ou à ses ayants droit) que revient le soin de procéder à la déclaration auprès de la caisse primaire.

Si l'employeur ne procède pas à la déclaration de l'accident dans les quarante-huit heures, la caisse primaire peut poursuivre à son encontre le remboursement de l'ensemble des prestations qu'elle a été amenée à servir du fait de l'accident. La victime peut par ailleurs, dans le cas où le défaut de déclaration le prive, en tout ou partie, de ses droits à prestations, engager la responsabilité civile de l'employeur.

3. Il appartient à l'organisme de sécurité sociale d'instruire la demande de prise en charge et de notifier sa décision tant à la victime (ou à ses ayants droit) qu'à l'employeur. L'organisme dispose d'un délai déterminé (trente jours en cas d'accident, trois mois en cas de maladie) pour prendre sa décision ; à défaut de notification d'une décision expresse dans le délai (éventuellement prorogé), le silence gardé vaut reconnaissance implicite du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

L'organisme doit respecter, dans l'instruction de la demande, le caractère contradictoire de la demande, notamment dans ses rapports avec l'employeur. À moins que la prise en charge ne résulte d'une reconnaissance implicite, ou que la déclaration de l'employeur ait été exempte de toutes réserves, la caisse primaire doit informer la victime et l'employeur sur la procédure d'instruction et les points susceptibles de leur faire grief avant de prendre sa décision (art. R. 441-11). La Cour de cassation a déduit de ces dispositions que le non respect de la procédure par l'organisme à l'égard de l'employeur rend la décision de prise en charge *inopposable* à ce dernier, alors même que la victime est appelée, quant à elle, à bénéficier des prestations.

4. La prise en charge des accidents du travail est assortie d'une prescription de deux ans :

- S'agissant des accidents du travail et des accidents de trajet, la prescription biennale court normalement à compter du jour de l'accident ou du jour de la cessation du versement des indemnités journalières.
- S'agissant des maladies professionnelles, la prescription biennale court, normalement, de la date à laquelle la victime a été informée des liens éventuels entre l'affection dont elle souffre, et son activité professionnelle (certificat médical).

La prescription biennale s'applique non seulement à la prise en charge des accidents du travail au titre des prestations légales, mais également à l'action en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur.

§2 – LES PRESTATIONS EN NATURE

1. Les prestations en nature de l'assurance accidents du travail couvrent :

- l'ensemble des *soins* requis par l'état de la victime ;
- les frais de *réadaptation fonctionnelle* et de *rééducation professionnelle*.

Il importe peu que l'accident ou la maladie aient ou non donné lieu à un arrêt de travail. Si elles ne couvrent que les troubles physiologiques et psychologiques qui sont la conséquence directe de l'accident ou de la maladie, les prestations en nature demeurent dues après consolidation, notamment pour prévenir toute aggravation, ainsi qu'en cas de rechute.

2. À la différence des prestations en nature de l'assurance maladie, les prestations en nature de l'assurance accidents du travail répondent, depuis l'origine, au principe de *gratuité* des soins :

- La prise en charge n'est assortie d'aucun ticket modérateur ; la victime est dispensée de même, en cas d'hospitalisation, du forfait journalier.
- Le régime du *tiers payant* s'applique à l'ensemble du traitement : l'employeur doit délivrer à la victime une *feuille d'accident* qui permet à celle-ci d'obtenir l'ensemble des soins dont elle a besoin sans faire l'avance des frais.

La gratuité des soins n'est pas toutefois sans limites : intégrale, la prise en charge intervient toutefois dans le cadre des tarifs des prestations des professionnels de santé, établissements de soins et autres fournisseurs. Lorsque les soins délivrés par un professionnel dont les tarifs sont supérieurs (par ex. : praticien habilité à pratiquer des honoraires libres), la victime n'est prise en charge qu'à due concurrence des tarifs retenus par l'assurance maladie.

§3 – LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

La victime d'un accident du travail peut prétendre à deux catégories de prestations en espèces bien distinctes : à l'incapacité temporaire répondent les indemnités journalières; à l'incapacité permanente après consolidation répondent les rentes accident du travail.

A. L'indemnisation de l'incapacité temporaire : les indemnités journalières

1. La victime d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou d'un accident de trajet a droit, en cas d'arrêt de travail, à des *indemnités journalières*.
2. Les conditions d'attribution des indemnités journalières sont nettement plus favorables que celles retenues pour l'attribution des indemnités journalières de l'assurance maladie :
 - Les indemnités sont dues sans aucun délai de carence : la victime a droit au paiement de son salaire le jour de l'accident et perçoit dès le lendemain les indemnités journalières.
 - Le taux des indemnités est fixé à 60 % du salaire de la victime; il est porté à 80 % à compter du vingt-neuvième jour d'arrêt de travail (sans condition de charges de famille).
 - Le montant de l'indemnité journalière est déterminé en fonction du salaire journalier de base (le calcul est fonction, en pratique, du rythme de la paie : ainsi le montant du salaire journalier de base est-il égal au trentième de la dernière paie en cas de versement mensuel du salaire) sans pouvoir excéder 0,834 % du montant du plafond annuel des cotisations.
3. Le droit aux indemnités journalières est subordonné à l'interruption du travail. Toutefois, le service des indemnités journalières peut être maintenu en cas de reprise d'un travail léger avec l'autorisation du médecin traitant.

B. L'indemnisation de l'incapacité permanente : les rentes accident du travail

Lorsque la victime n'est pas guérie au terme du traitement, mais qu'elle conserve une incapacité permanente partielle ou totale, elle peut prétendre à l'attribution d'une rente accident du travail; ses proches peuvent, de même, prétendre à une rente d'ayant droit en cas de décès de la victime.

1. LA RENTE DE LA VICTIME

1. Le droit à une rente accident du travail est ouvert, lorsque la victime conserve une incapacité permanente, à compter de la *consolidation* de son état.

Lorsque la victime demeure atteinte d'une incapacité permanente partielle inférieure à 10 %, une *indemnité en capital* est substituée à la rente.

2. La détermination du montant de la rente repose sur deux éléments : le taux d'incapacité et le salaire de référence.

a) La détermination de l'incapacité permanente : taux d'incapacité réelle et taux d'incapacité corrigée

Il appartient au médecin conseil près la caisse primaire d'assurance maladie de procéder à l'évaluation de l'incapacité permanente de la victime, au vu des avis du médecin trai-

tant et du médecin du travail, compte tenu d'un barème indicatif. Le taux doit être déterminé « d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle » (art. L. 434-2, al. 1^{er} C. séc. soc.).

La rente accident du travail est douée ainsi d'un caractère original : à la différence des autres prestations de sécurité sociale qui ont pour objet de couvrir des frais (soins), d'indemniser une perte de revenus (indemnités journalières, pension d'invalidité, pension de retraite) ou de compenser des charges (prestations familiales), la rente accident du travail tend, en effet, à *indemniser*, au sens du droit de l'indemnisation du préjudice corporel, le dommage subi par le salarié victime d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou d'un accident de trajet.

Une fois déterminé le taux d'incapacité *réelle*, il est procédé à la correction de celui-ci pour obtenir le taux d'incapacité *corrigée*. La correction consiste à ne retenir le taux réel que pour moitié dans sa partie inférieure ou égale à 50 %, alors qu'il est pris en compte pour une fois et demie dans sa partie supérieure.

Exemples :

- **Premier exemple** : Pour un taux d'incapacité réelle : 40 %, on retiendra un taux d'incapacité corrigée de 20 %.
- **Second exemple** : Pour un taux d'incapacité réelle de 60 %, on retiendra un taux d'incapacité corrigée de $(50/2) + (10 \times 1,5) = 40$ %.

Les contestations portant sur le taux d'incapacité de la victime doivent être portées devant les *juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale* (v. *supra*, première partie, chap. IV, sect. 1, §2).

b) La détermination du salaire de référence : le salaire utile

Pour déterminer le montant de la rente accident du travail, il y a lieu d'appliquer le taux d'incapacité corrigée au *salaire utile* de la victime.

La détermination du salaire utile conduit à comparer le *salaire annuel de base* (égal à l'ensemble des rémunérations perçues par le salarié au cours des douze derniers mois précédant l'arrêt du travail) à un salaire annuel minimum revalorisé régulièrement (au 1^{er} janv. 2008 : 16 736,09 €) :

- Lorsque le salaire annuel de base est inférieur au salaire minimum, la rente est calculée sur la base de celui-ci.
- Lorsque le salaire annuel de base est inférieur ou égal à deux fois le montant du salaire minimum, il est pris en compte pour l'intégralité de son montant.
- Lorsque le salaire annuel de base est supérieur à deux fois le montant du salaire minimum, la part comprise entre deux fois et huit fois le montant de ce dernier est prise en compte pour un tiers.
- Lorsque le salaire annuel de base excède huit fois le montant du salaire minimum, la part supérieure à cette somme n'est pas prise en compte.

3. Le montant de la rente accident du travail est obtenu en multipliant le montant du salaire utile par le taux d'incapacité corrigée. Lorsque la victime est atteinte d'une incapacité au moins égale à 80 % et que son état nécessite l'assistance constante d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, la rente est assortie d'une *majoration pour tierce personne*, dont le montant est égal à 40 % du montant de la rente sans pouvoir être inférieure à un minimum (1^{er} janv. 2008 : 12 129,94 €).

La rente peut faire l'objet d'une révision en cas d'aggravation ou d'amélioration de l'état de la victime. Elle peut faire l'objet, sous certaines conditions, d'une mesure de conversion en capital.

Le titulaire d'une rente accident du travail bénéficie, pour lui-même et ses ayants droit, des prestations en nature des assurances maladie et maternité au titre du régime général, s'il est atteint d'une incapacité au moins égale aux deux tiers.

2. LES RENTES DES AYANTS DROIT

1. Qu'il intervienne avant toute consolidation de l'état de la victime, voire du fait de l'accident, ou postérieurement à l'attribution d'une rente accident du travail, le décès de la victime d'un accident du travail ouvre droit au bénéfice de certains de ses proches de rentes d'ayant droit.

2. Le bénéfice des rentes d'ayant droit est ouvert à trois catégories de personnes :

- Le *conjoint*, le *concubin* et la *personne liée à la victime par un PACS* (pacte civil de solidarité) peuvent prétendre à une rente d'ayant droit, pour autant que les liens aient duré deux ans au moins ou qu'il en ait résulté la naissance d'un enfant. En principe fixée à 40 %, la rente est portée à 50 % lorsque le bénéficiaire atteint l'âge de 55 ans ou est lui-même frappé d'une incapacité générale de travail lui interdisant de se procurer un gain supérieur à la moitié du SMIC.
- Les *enfants légitimes, adoptifs ou naturels* de la victime peuvent prétendre, jusqu'à l'âge de vingt ans, à une rente égale à 25 % pour chacun des deux premiers enfants et à 20 % pour chacun des suivants (le taux de la rente est majoré de dix points lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère) ; les enfants recueillis et les autres descendants de la victime ont les mêmes droits s'ils étaient à la charge de celle-ci.
- Les *ascendants* de la victime peuvent prétendre à une rente égale à 10 % (sans que la somme des rentes d'ascendants puisse excéder 30 %) lorsque, la victime ayant conjoint et enfant(s) à charge, ils étaient eux-mêmes à sa charge effective, ou que, la victime n'ayant ni conjoint, ni enfant à charge, ils auraient pu en obtenir le paiement d'une pension alimentaire.

3. Le montant des rentes dues aux ayants droit est déterminé par application du taux de la rente au salaire utile de la victime. La somme des rentes ne saurait excéder 85 % du montant du salaire utile ; à défaut, le montant de chacune des rentes est réduit à due concurrence.

> SECTION 4

La faute inexcusable et la faute intentionnelle

Confirmant les principes retenus par la loi du 9 avril 1898, la prise en charge d'un accident du travail (au sens étroit du terme) ou d'une maladie professionnelle fait normalement obstacle à toute action de la victime ou de ses ayants droit à l'encontre de l'employeur aux fins d'obtenir une réparation en complément des prestations servies par la caisse primaire d'assurance maladie. Le principe comporte toutefois une double exception en cas de *faute inexcusable* et de *faute intentionnelle*. Si la seconde renoue avec les règles de droit commun de la responsabilité civile, la première obéit à un régime juridique et contentieux original.

§1 – LA FAUTE INEXCUSABLE

La faute inexcusable vient modifier, lorsqu'elle est établie, le jeu des règles ordinaires d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Issu dans son principe même de la loi du 9 avril 1898, repris et adapté par la loi du 30 octobre 1946, le régime de la faute inexcusable a fait l'objet d'une importante réforme en 1976 et, plus récemment, d'une inflexion particulièrement nette de la jurisprudence.

A. La définition de la faute inexcusable de l'employeur

1. La définition de la faute inexcusable reposait, voici peu encore, sur la formule retenue, dans un arrêt rendu en 1941, par les chambres réunies de la Cour de cassation (Ch. réun., 15 juill. 1941, *Dame Veuve Villa*, *Bull. civ.*, n° 83), formule qui mettait l'accent, principalement, sur l'*exceptionnelle gravité* de la faute inexcusable (laquelle demeurerait toutefois dépourvue de tout caractère intentionnel). Si la définition subsistait, la jurisprudence en faisait une application de plus en plus nuancée, reconnaissant en pratique le caractère de faute inexcusable à des fautes nettement plus courantes.

Le contentieux né des affections liées à la production ou à l'utilisation de l'amiante et de ses dérivés a conduit la Cour de cassation à formuler une définition nouvelle à l'aube du XXI^e siècle. Plus conforme aux principes directeurs du droit du travail, la nouvelle définition s'inscrit également dans le contexte de l'évolution du droit de la responsabilité civile, qu'elle résulte de l'intervention du législateur ou bien de l'œuvre du juge.

2. Adoptée à l'occasion de litiges intéressant les maladies professionnelles (Soc., 28 févr. 2002 [huit arrêts], *Bull. civ. V*, n° 127; *D.* 2002, p. 2696, note X. Prétot), étendue peu après aux accidents du travail au sens étroit du terme (Soc., 11 avril 2002, *Bull. civ. V*, n° 127), confirmée enfin par un arrêt de l'Assemblée plénière (Ass. plén., 24 juin 2005, *Bull. civ.* n° 7; *Bull. info. Cour de cassation* n° 625, 15 sept. 2005), la nouvelle définition de la faute inexcusable retenue par la Cour de cassation repose sur l'obligation de sécurité de l'employeur.

Pour la Cour de cassation, l'employeur est tenu, en vertu du contrat de travail le liant au salarié, d'une *obligation de sécurité de résultat*; dans ces conditions, tout manquement à cette obligation revêt le caractère d'une faute inexcusable *lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver*.

On ajoutera que la Cour de cassation est également revenue sur sa jurisprudence antérieure qui exigeait de la faute inexcusable qu'elle constitue la *cause déterminante* de l'accident pour pouvoir être retenue à la charge de l'employeur. Il suffit désormais que la faute inexcusable constitue une *cause nécessaire* de l'accident ou de la maladie pour que la responsabilité de l'employeur puisse être mise en cause, alors même que d'autres fautes et, en particulier, celle du salarié auraient concouru au dommage.

3. La faute inexcusable a, durablement, entretenu des rapports complexes avec le droit pénal : les faits à l'origine d'une faute inexcusable pouvaient prêter lieu, en effet, à des poursuites pénales sur le fondement des dispositions qui répriment l'homicide et les blessures involontaires ou encore la mise en danger d'autrui. Traditionnellement, la Cour de cassation entendait faire obstacle à toute action en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur dès lors que celui-ci avait bénéficié d'une relaxe devant le juge pénal, fut-ce au bénéfice du doute.

La difficulté est aujourd'hui levée. La loi du 10 juillet 2000 a procédé, en effet, à la distinction de la répression pénale et de l'action en reconnaissance de faute inexcusable, de

sorte que celle-ci ne soit plus subordonnée au résultat de la procédure engagée devant les juridictions répressives.

4. À la faute inexcusable de l'employeur au sens étroit du terme, est assimilée par la loi la faute de celui qu'il s'est substitué dans la direction du travail. Il importe que le substitué dispose dans les faits d'une véritable autorité : un simple exécutant, un chef d'équipe ne saurait avoir la qualité de substitué.

L'employeur peut désormais s'assurer contre les conséquences autant des fautes inexcusables de ses préposés-substitués que de ses propres fautes.

5. Le régime de la faute inexcusable comporte enfin deux particularités :

- La faute inexcusable *présumée* : la faute inexcusable de l'employeur est présumée établie en cas d'accident survenu à un salarié engagé sous le régime d'un contrat à durée déterminée ou du travail temporaire et affecté, sans avoir bénéficié au préalable de la formation à la sécurité renforcée, à un poste de travail présentant certains risques pour sa santé ou sa sécurité (art. L. 231-8 C. trav.).
- La faute inexcusable *de droit* : le bénéfice de la faute inexcusable est de droit pour le salarié victime d'un accident alors que le risque encouru avait été signalé à l'employeur par l'intéressé ou par un membre du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (art. L. 231-8-1 *ibid.*).

B. Les effets de la faute inexcusable de l'employeur

1. La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur (ou de celui qu'il s'est substitué dans la direction du travail) conduit à ouvrir à la victime le bénéfice d'un *complément* de réparation qui vient s'ajouter aux prestations servies par l'organisme de sécurité sociale.

Il convient de souligner que, pour plus étendue qu'elle soit, la réparation en cas de faute inexcusable demeure limitée aux chefs de préjudice énoncés par la loi et qu'elle ne revêt donc pas un caractère intégral.

2. La réparation complémentaire s'applique à l'indemnisation tant de l'incapacité permanente que de certains chefs de préjudice.

1. LA MAJORATION DE LA RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL

La victime peut prétendre au bénéfice d'une majoration de sa rente accident du travail. La majoration est déterminée en appliquant le taux d'incapacité *réelle* au salaire annuel *réel* sans pouvoir excéder toutefois certains plafonds.

Voici peu encore, la jurisprudence admettait que la majoration devait être fixée en fonction des circonstances et, notamment, de la gravité de la faute inexcusable. La nouvelle définition de la faute inexcusable a conduit la Cour de cassation à opter en faveur de la majoration de la rente à son montant maximum dès lors que la faute inexcusable est reconnue à la charge de l'employeur.

Lorsque la victime bénéficiait d'une rente maximale (notamment en cas d'incapacité permanente totale), une *indemnité forfaitaire* est substituée à la majoration de la rente.

Dans l'un et l'autre cas, la majoration de la rente est versée à la victime par la caisse primaire d'assurance maladie à charge pour elle d'en recouvrer le montant auprès de l'employeur au moyen de cotisations supplémentaires.

2. LA RÉPARATION DES AUTRES CHEFS DE PRÉJUDICE

La loi du 6 décembre 1976 a ouvert à la victime de l'accident imputable à une faute inexcusable et à ses ayants droit la faculté d'obtenir la réparation de chefs de préjudice distincts :

- La victime peut également prétendre à l'indemnisation de certains chefs de préjudice limitativement énumérés par la loi : préjudice esthétique et d'agrément, souffrances physiques et morales endurées et perte ou diminution des chances de promotion professionnelle.
- Les ayants droit de la victime peuvent également obtenir la réparation de leur préjudice moral.

Il appartient à la caisse primaire d'assurance maladie de verser tant à la victime qu'à ses ayants droit le montant des indemnités, et de procéder au recouvrement des sommes en jeu auprès de l'employeur.

3. Initialement, il appartenait à la victime et à ses ayants droit d'engager par leurs propres moyens, qui plus est devant les juridictions civiles de droit commun, la responsabilité de l'employeur. La loi du 6 décembre 1976 n'a pas seulement élargi les modalités de la réparation de la faute inexcusable ; elle a également eu d'importants effets sur la procédure applicable à la reconnaissance et à la réparation de la faute inexcusable de l'employeur.

La loi du 6 décembre 1976 confère ainsi aux organismes de sécurité sociale le soin de veiller aux intérêts de la victime :

- La caisse primaire est ainsi appelée à instruire la demande de reconnaissance de la faute inexcusable et à rechercher, le cas échéant, la résolution du litige par voie amiable.
- Présente au contentieux, la caisse primaire est appelée à faire l'avance des majorations et indemnités dues à la victime et à ses ayants droit, à charge pour elle d'en récupérer le montant sur l'employeur.

La loi du 6 décembre 1976 a procédé, par ailleurs, à l'unification du contentieux : le tribunal des affaires de sécurité sociale est seul compétent pour se prononcer non seulement sur l'accident du travail, mais également sur la faute inexcusable de l'employeur et ses conséquences.

C. La faute inexcusable de la victime

1. La faute inexcusable peut être également le fait de la victime de l'accident ou de la maladie.

La Cour de cassation a précisé, récemment, la définition de la faute inexcusable de la victime : présente un tel caractère « la faute volontaire du salarié, d'une exceptionnelle gravité, exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience » (Civ. 2^e, 27 janv. 2004, *Dr. soc.* 2004, p. 436, obs. X. Prétot, et Ass. plén., 24 juin 2005, *Bull. info. Cour de cassation*, n° 625, 15 sept. 2005).

2. La faute inexcusable de la victime ne fait pas obstacle à la prise en charge de l'accident ou de la maladie professionnelle. Elle habilite toutefois la caisse primaire à réduire (non à supprimer) le montant de la rente allouée en cas d'incapacité permanente partielle.

§2 – LA FAUTE INTENTIONNELLE

1. La faute intentionnelle revêt un caractère à tous égards exceptionnel : faute d'une gravité exceptionnelle, elle procède, plus encore, de l'*intention* de son auteur de causer

un dommage à autrui. Elle peut d'ailleurs exposer ce dernier à des poursuites pénales. Elle n'est que rarement retenue par les juridictions (même exceptionnellement grave, une imprudence ne saurait ainsi constituer une faute intentionnelle).

2. La faute intentionnelle de la victime (par ex. : mutilation volontaire) a des effets radicaux : elle prive en effet celle-ci de même que ses ayants droit de tous leurs droits au titre de la branche accidents du travail.

3. La faute intentionnelle de l'employeur (ou de ceux qu'il s'est substitué dans la direction du travail) est assortie d'effets étendus. Certes, la victime est prise en charge au titre de la législation sur les accidents du travail, mais la faute intentionnelle fait disparaître l'immunité dont bénéficie d'ordinaire l'employeur. Dans ces conditions, il s'expose à un double recours :

- un recours de la victime (ou de ses ayants droit) aux fins de réparation dans leur intégralité des préjudices subis de manière à compléter les prestations servies par la caisse primaire d'assurance maladie ;
- un recours de la caisse primaire d'assurance maladie aux fins de remboursement des prestations qu'elle a été amenée à servir à la suite de l'accident ou de la maladie imputable à la faute intentionnelle de l'employeur.

➤ CHAPITRE IV

LA BRANCHE FAMILLE : LES PRESTATIONS FAMILIALES

INTRODUCTION

1. La branche famille occupe une place à part au sein de notre système de sécurité sociale :
 - Elle étend ses effets à *l'ensemble de la population* : initialement réservé à la population active sans distinction entre les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles, le droit aux prestations familiales est ouvert en effet, depuis le 1^{er} janvier 1978, à toute personne résidant sur le territoire national.
 - Elle s'inscrit exclusivement dans le cadre du *régime général*, qui assume ainsi pour l'ensemble de la population la compensation des charges familiales selon des règles identiques. Seules subsistent, au sein de certains régimes spéciaux (voire au sein de certaines professions), des prestations familiales particulières (par ex. : le supplément familial de traitement versé aux fonctionnaires ayant des charges de famille).
2. La branche famille représente aujourd'hui moins de 15 % de l'ensemble des dépenses des régimes légaux de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole.
3. La gestion des prestations familiales répond à certaines exigences :
 - Elle constitue, au sein du régime général, une branche distincte des autres branches (maladie, vieillesse et accidents du travail). Admise dès 1946 (la gestion des prestations familiales relevait d'organismes distincts [les caisses d'allocations familiales] et donnait lieu à une cotisation distincte), l'autonomie de la branche famille a été confirmée par la réforme de 1967. La branche famille fait désormais l'objet de l'un des objectifs de dépenses fixés annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.
 - Il appartient, plus particulièrement, à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) de pourvoir à la gestion des prestations familiales et de veiller, en particulier, à l'équilibre financier de la branche.
 - Le financement de la branche est assuré, d'une part et en ce qui concerne les salariés, par des cotisations supportées exclusivement par l'employeur, d'autre part et en ce qui concerne les travailleurs indépendants, par des cotisations supportées par ceux-ci ; assises sur l'intégralité du salaire (au sens large du terme) ou du revenu professionnel, les cotisations sont perçues au taux de 5,4 %. Il s'y ajoute une part du produit de la contribution sociale généralisée (à concurrence de 1,3 point), laquelle a été instituée, à l'origine, pour élargir le financement de la branche famille.
4. La liquidation et le paiement des prestations familiales relèvent, en principe, de la compétence des caisses d'allocations familiales. La règle comporte des dérogations : ainsi les caisses de mutualité sociale agricole assurent-elles pour le compte du régime général le service des prestations familiales au profit des salariés et des exploitants agricoles ; il en va de même de certains régimes spéciaux (par ex. : SNCF et RATP).

Les caisses d'allocations familiales sont également appelées à servir certaines prestations relevant de l'aide sociale : tel est le cas de *l'allocation aux adultes handicapés* pour le compte de l'État ou de *l'allocation de revenu minimum d'insertion* (initialement pour le compte de l'État, désormais pour le compte du département).

Il convient de souligner enfin l'importance de l'*action sociale* développée par les caisses d'allocations familiales au profit de leurs allocataires.

5. La compensation des charges de famille s'inscrit enfin, indépendamment des prestations familiales, dans les autres branches de la sécurité sociale. On mentionnera ainsi :

- L'assurance maladie et maternité étend ainsi ses effets, s'agissant des prestations en nature, à la famille de l'assuré et, notamment, aux enfants dont il a la charge.
- La détermination des droits à pension tient également compte des charges de famille : celles-ci peuvent intervenir pour compléter la carrière de l'assuré (périodes assimilées) et pour augmenter le montant de la pension (majoration pour enfants).
- La branche accidents du travail ouvre également, en cas de décès de la victime, le bénéfice des rentes d'ayants droit aux enfants de celle-ci.

> SECTION I

Les caractéristiques de la branche famille

À la différence des autres branches qui répondent à des risques déterminés et s'inscrivent, en dépit des mesures d'harmonisation des prestations et de compensation des charges, dans le cadre de régimes à assise socioprofessionnelle, la branche famille ne tend pas à la simple compensation des charges familiales, mais procède plus largement d'une *politique familiale* dont elle constitue l'un des instruments privilégiés. On s'explique ainsi pour partie les ambiguïtés qui l'affectent, indépendamment des contraintes d'ordre financier.

§1 – L'ÉVOLUTION DES PRESTATIONS FAMILIALES

1. La compensation des charges de famille a fait l'objet de premières mesures dès les années trente. Né de l'initiative de certains employeurs, le *sursalaire familial* a été rendu obligatoire au bénéfice de l'ensemble des salariés par la loi du 11 mars 1932, avant que le Code de la famille n'en étende le champ d'application aux travailleurs indépendants (v. *supra*, Préliminaire, chap. I, sect. 2). Un décret-loi du 12 novembre 1938 institue par ailleurs une *prime à la mère au foyer*, à laquelle la loi du 29 mars 1941 substitue l'*allocation de salaire unique*.

2. La compensation des charges de famille prend une dimension nouvelle à la Libération : elle s'inscrit désormais, en effet, dans le cadre de la Sécurité sociale.

Des dispositions adoptées dans l'immédiat et, notamment, des dispositions de la loi n° 46-1835 du 22 août 1946, on retiendra les enseignements suivants :

- Les prestations familiales constituent, au sein du régime général, une branche particulière, dotée à la fois de sa propre organisation administrative (les *caisses d'allocations familiales*, distinctes des *caisses primaires et régionales de sécurité sociale*) et de ses propres ressources (les cotisations allocations familiales, distinctes des cotisations afférentes aux assurances sociales).
- Le champ d'application de la branche s'étend à l'ensemble de la population active (salariés et travailleurs indépendants), réserve faite des règles propres à certains régimes spéciaux.
- Aux allocations familiales et à l'allocation de salaire unique, s'ajoutent des prestations liées à la naissance : l'*allocation de maternité* et les *allocations prénatales*.

L'effort en faveur de la compensation des charges familiales se poursuit dans les années qui suivent l'institution de la sécurité sociale :

- La loi du 1^{er} septembre 1948 institue, en contrepartie de la libération des loyers, une *allocation de logement* au profit des familles.
- Diverses lois viennent compléter les prestations existantes : la loi du 31 décembre 1953 généralise ainsi les droits aux allocations prénatales ; les lois du 6 août 1955 et du 11 décembre 1956 instituent l'*allocation de la mère au foyer* qui vient doubler, au profit des travailleurs indépendants, l'allocation de salaire unique réservée aux travailleurs salariés ; la loi du 31 juillet 1963 donne naissance à une allocation d'éducation pour les enfants handicapés.

3. Les années soixante-dix marquent un tournant dans l'évolution des prestations familiales. Les contraintes financières qui pèsent sur la sécurité sociale et conduisent à limiter les ressources affectées à la branche famille pour financer la montée en puissance des dépenses de la branche maladie, conduisent, en effet, les pouvoirs publics à adopter une conception plus restrictive de la compensation des charges de famille.

L'évolution de la législation fait apparaître ainsi plusieurs tendances :

- Les pouvoirs publics s'orientent vers une plus grande *sélectivité* des prestations familiales en fonction des *besoins* auxquels elles répondent, et des *familles* auxquelles elles s'adressent. On constate ainsi la multiplication des prestations *spécialisées* (orphelin, adoption, mineur handicapé, frais de garde des enfants, etc.), dont l'attribution est subordonnée, fréquemment, à des *conditions de ressources*.
- Sans revêtir un caractère ouvertement nataliste, la politique familiale tend à favoriser les familles de trois enfants et plus (v. loi du 17 juill. 1980).
- La politique familiale s'engage enfin dans la voie du *revenu minimum familial* : la loi du 17 juillet 1980 institue ainsi, sous la forme d'une prestation différentielle, un *supplément de revenu minimum familial* qui vient compléter les autres prestations servies, de manière à porter les ressources de la famille à un montant minimum.

Les années soixante-dix sont également marquées, il convient de le souligner, par la généralisation, au 1^{er} janvier 1978, des prestations familiales à l'ensemble de la population sans condition d'activité, ni de cotisation (loi n° 78-2 du 2 janv. 1978).

4. Depuis le début des années quatre-vingt, les prestations familiales ont fait l'objet d'aménagements et d'inflexions au gré des majorités politiques qui se sont succédé au pouvoir. Si des réformes parfois ambitieuses avaient pu être envisagées, elles se sont heurtées à des contraintes financières qui en ont limité singulièrement la portée.

On relèvera, en dépit de la succession des réformes, quelques tendances :

- L'accent mis sur la *petite enfance* : de l'*allocation au jeune enfant* (loi du 4 janv. 1985), à l'*allocation pour jeune enfant* (loi du 29 déc. 1986), puis à la *prestation d'accueil du jeune enfant* (loi du 18 déc. 2003), les réformes ont porté, plus particulièrement, sur l'amélioration de la prise en charge du jeune enfant (jusqu'à trois ans). La part des prestations liées à la petite enfance au sein de l'ensemble des prestations familiales est d'ailleurs passée de 23 à 34 % de 1990 à 2004.
- Le développement des *conditions de ressources* : si l'assujettissement à condition de ressources des allocations familiales a, en définitive, été abandonné, la majorité des prestations familiales répond à présent à des conditions de ressources qui en réservent le bénéfice à des familles aux revenus modestes. Les deux tiers environ des sommes

distribuées au titre des prestations familiales correspondent désormais à des prestations sous condition de ressources.

- La réforme du *financement* : la loi de finances pour 1991 institue la *contribution sociale généralisée* (CSG) : assise sur l'ensemble des revenus de l'ensemble de la population, alors perçue au taux de 1,3 %, le produit de la nouvelle contribution est affecté à la branche famille et se substitue pour partie aux cotisations assises sur les seuls revenus professionnels.

On mentionnera, parallèlement, le *plafonnement du quotient familial* applicable au calcul de l'impôt sur le revenu de manière à limiter l'avantage en résultant pour les familles disposant de revenus élevés.

§2 – LES AMBIGUÏTÉS DE LA BRANCHE FAMILLE

1. Il n'est pas inutile de retracer l'évolution du poids de la branche famille au sein de la sécurité sociale au cours des soixante années écoulées.

De 1950 à 2000, la part des prestations familiales au sein des dépenses du régime général est passée de 50 % à 13,5 % ; s'il est vrai que les dépenses des autres branches (notamment les branches santé et retraite) ont connu une forte croissance, l'évolution n'en est pas moins significative. On rappellera d'ailleurs que les cotisations afférentes à la branche famille étaient perçues à l'origine au taux de 16,5 % avant que celui-ci ne soit ramené progressivement à 9 % (avant les mesures de déplafonnement, puis l'institution de la CSG qui ont conduit à une nouvelle réduction du taux à 5,4 %).

Plus significative encore est l'évolution de la part des dépenses de la branche famille rapportée au produit intérieur brut : de 4 % du PIB en 1975, la part des prestations familiales est passée à 2,5 % en 2003, alors même que le poids de l'ensemble des prestations sociales au sein du PIB ne cessait de croître au cours de la même période (pour atteindre près de 30 % du PIB en 2003). Si l'appréciation doit tenir compte de multiples facteurs (ne serait-ce que les effets de la démographie et, notamment, de la diminution des familles nombreuses), cette évolution témoigne, si besoin était, des contraintes qui pèsent aujourd'hui sur la définition de la politique familiale et, plus particulièrement, des prestations familiales, les réformes se traduisant davantage par de simples ajustements que par de véritables modifications dans les finalités et les conditions d'attribution des prestations.

2. L'universalité des prestations familiales, ouvertes sans condition d'activité à l'ensemble de la population dans le cadre d'un seul et même régime, ne doit pas masquer l'ambiguïté qui s'attache aux objectifs poursuivis, successivement ou simultanément, par les pouvoirs publics.

De l'analyse des diverses prestations familiales, on retiendra l'accent mis, plus particulièrement, sur quatre catégories :

- Les *familles nombreuses* (trois enfants et plus) : l'attribution de certaines prestations (au premier chef les allocations familiales) privilégie, aujourd'hui encore, les familles nombreuses.
- La *petite enfance* : la majorité des réformes menées depuis le milieu des années quatre-vingt s'est appliquée à la couverture des charges liées à la naissance et aux premières années de l'enfant.

- La *précarité familiale* : le développement des prestations sous condition de ressources traduit la préoccupation des pouvoirs publics à l'endroit des familles à faibles revenus ; si le revenu minimum familial institué en 1980 a disparu depuis lors, les prestations familiales constituent une part des *minima sociaux*. On mentionnera dans un même registre l'attention portée aux *familles monoparentales* (allocation de parent isolé).
- Le *logement* : l'aide au logement demeure l'une des constantes de la politique des prestations familiales. Elle a d'ailleurs été complétée, d'une part, d'une *allocation de logement à caractère social* (destinée aux jeunes et aux personnes âgées), d'autre part, de l'*aide personnalisée au logement* (APL) (destinée à favoriser l'accès à la propriété).

3. On ne saurait pour autant en déduire que la branche famille (et, plus largement, la politique familiale) répond à un ensemble d'objectifs un tant soit peu cohérent. La branche oscille en effet, depuis l'origine, entre des finalités contradictoires, sinon opposées :

- La finalité *démographique* demeure incontestablement sous-jacente : qu'il s'agisse des conditions d'attribution des allocations familiales (plus favorables aux familles comptant trois enfants au moins) ou bien de l'accueil du jeune enfant, les prestations familiales tendent à favoriser la natalité. On ne manque d'ailleurs pas de souligner l'effet de la politique familiale sur le taux de fécondité de la population française (aujourd'hui le plus élevé au sein des États de l'Union européenne).
- Parfois invoquée (il en fut ainsi, en 1981-1982, lors de l'arrivée de la majorité socialiste au pouvoir), la reconnaissance d'un *droit de l'enfant*, indépendamment de la famille à laquelle il appartient, demeure largement une velléité. On soulignera toutefois que le droit des prestations familiales privilégie l'intérêt de l'enfant et s'avère ainsi indifférent aux catégories du droit de la famille.
- Le développement, depuis les années soixante-dix, des prestations sous condition de ressources tend à favoriser la *redistribution verticale* au profit des familles à revenus modestes ; qu'elle procède des prestations attribuées sans condition de ressources (allocations familiales, allocations liées à la garde des enfants, etc.) ou du mécanisme du quotient familial, la *redistribution horizontale* au profit des familles sans distinction selon les revenus n'est pas pour autant exclue.

4. Il convient de souligner enfin l'extrême complexité d'une branche appelée à distribuer un ensemble de prestations (de l'ordre d'une dizaine de prestations, certaines subdivisées elles-mêmes en plusieurs prestations) répondant à la fois à des finalités et à des conditions d'attribution différentes.

Le législateur s'est efforcé à plusieurs reprises, il est vrai, de procéder à la simplification des règles applicables aux prestations familiales, soit en réunissant certaines d'entre elles en une seule prestation, soit en unifiant pour partie les conditions d'attribution (par ex. : appréciation des ressources). L'effort est toutefois relatif : ainsi la loi du 18 décembre 2003 a-t-elle entendu substituer une prestation unique : la *prestation d'accueil du jeune enfant*, à cinq prestations, mais la PAJE est-elle même subdivisée en quatre prestations distinctes.

> SECTION 2

Les conditions d'attribution des prestations

Si chacune des prestations familiales est assortie de conditions d'attribution qui lui sont propres, le droit aux prestations familiales est assujéti à des règles d'ensemble qui s'appliquent à la fois à l'enfant, à l'allocataire et aux prestations elles-mêmes.

§1 – LA DÉFINITION DE L'ALLOCATAIRE

1. Le droit aux prestations familiales est ouvert à toute personne qui assume la charge de l'enfant au bénéfice duquel les prestations sont dues. C'est la qualité d'*allocataire* qui détermine ainsi le droit aux prestations.

2. À l'origine, la qualité d'allocataire était réservée aux personnes actives : s'il s'appliquait à la fois aux salariés, aux travailleurs indépendants et aux exploitants agricoles, le droit aux prestations familiales n'en demeurait pas moins subordonné à l'exercice d'une activité professionnelle, partant au versement de cotisations. La loi du 2 janvier 1978 a fait disparaître toute condition sur ce point : toute personne peut désormais, pour autant qu'elle assume la charge d'un ou de plusieurs enfants et satisfasse aux conditions propres à l'attribution des prestations auxquelles elle prétend, obtenir le bénéfice des prestations familiales.

3. La qualité d'allocataire résulte prioritairement de la charge de l'enfant : ne peut prétendre au bénéfice des prestations familiales que « *la personne physique qui assume la charge effective et permanente de l'enfant* » (art. L. 513-1).

La notion d'enfant à charge répond à deux principes directeurs :

- Elle est *indifférente aux liens juridiques* entre l'allocataire et l'enfant : qu'il soit légitime, naturel, adopté ou simplement recueilli, l'enfant ouvre droit pour l'allocataire au bénéfice des prestations familiales, dès lors que celui-ci en assume la charge.
- Elle procède d'une *appréciation de pur fait* : la qualité d'allocataire appartient à la personne physique qui supporte la responsabilité concrète et, plus encore, la charge financière de l'entretien et de l'éducation de l'enfant.

Pour la Cour de cassation ainsi, il n'est nul besoin d'un titre juridique (par ex. : attribution de la garde de l'enfant), ni d'une obligation alimentaire pour conférer la qualité d'allocataire à la personne qui assume la charge d'un enfant. En revanche, le placement d'un enfant au sein d'une famille par les services de l'aide sociale à l'enfance n'ouvre pas droit au bénéfice des prestations familiales, dès lors que, le département couvrant les frais inhérents au placement, la famille d'accueil n'en supporte pas la charge financière.

4. Les mesures prises au titre de la garde des enfants peuvent exercer cependant une incidence sur la qualité d'allocataire. La question s'est posée ainsi lorsque l'enfant fait l'objet, à la suite du divorce de ses parents, d'une mesure de résidence alternée. Reprenant la solution adoptée par la Cour de cassation, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a autorisé les parents, en cas de garde alternée, à s'accorder soit sur le choix d'un allocataire unique, soit sur un partage de la charge de l'enfant pour le calcul des prestations familiales ; à défaut, le montant des prestations est réparti, par parts égales, entre les deux parents pour autant qu'ils assument l'un et l'autre la charge effective et permanente de l'enfant.

5. La qualité d'allocataire est normalement subordonnée à la *résidence en France* (territoire métropolitain et départements d'outre-mer). Cette condition fait toutefois l'objet de

certain aménagements, par exemple au profit de travailleurs appelés à exercer temporairement leur activité à l'étranger (détachement). Elle peut être également écartée par l'application soit d'une convention bilatérale de sécurité sociale, soit de la réglementation communautaire en matière de coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale : ainsi les prestations familiales sont-elles dues du chef de la loi française pour toute personne qui exerce son activité professionnelle en France, peu important qu'elle réside, de même que les enfants ouvrant droit au bénéfice des prestations, sur le territoire national ou sur le territoire d'un autre État membre des Communautés européennes.

Lorsque l'allocataire est de nationalité étrangère, il doit être muni d'un *titre régulier* l'autorisant à séjourner sur le territoire français. Les ressortissants des États membres de la Communauté européenne, des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen et de la Confédération helvétique bénéficient de plein droit des prestations dès lors qu'ils remplissent les conditions exigées par les instruments européens pour résider en France.

6. De l'allocataire, doit être distingué, le cas échéant, l'*attributaire* des prestations familiales : alors que la qualité d'allocataire ne peut être reconnue qu'à la personne physique qui ouvre les droits aux prestations, la qualité d'attributaire est reconnue à la personne qui perçoit effectivement le montant des prestations.

La distinction de l'allocataire et de l'attributaire revêtait un réel intérêt antérieurement à 1978, chaque fois que les droits étaient ouverts du chef d'une personne exerçant une activité au bénéfice d'enfants dont la charge incombait à une autre personne. En supprimant toute condition d'activité, la loi du 2 janvier 1978 a rendu sans objet la distinction dans la majorité des cas. Elle subsiste néanmoins dans quelques hypothèses, notamment lorsque, l'allocataire cessant temporairement d'assumer par lui-même l'entretien et l'éducation des enfants (par ex. : séjour à l'étranger ou incarcération provisoire), les prestations sont versées à la personne qui le supplée.

Il convient de mentionner de même la *tutelle aux prestations familiales*, qui peut être ordonnée par le juge des enfants. Celui-ci désigne alors, en qualité d'attributaire, un tuteur (personne physique ou personne morale) appelé à percevoir le montant des prestations familiales et à les utiliser dans le seul intérêt de l'enfant.

§2 – L'ENFANT OUVRANT DROIT AUX PRESTATIONS

1. Les prestations familiales sont dues pour tout enfant résidant en France (territoire métropolitain et départements d'outre-mer). Le principe comporte toutefois certains tempéraments et exceptions (séjour momentané à l'étranger, séjour justifié par l'accomplissement de certaines études, etc.). La règle peut être également écartée ou aménagée par l'application soit d'une convention bilatérale de sécurité sociale, soit de la réglementation communautaire en matière de coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale.

2. Lorsque l'enfant est de nationalité étrangère, l'allocataire doit justifier soit de sa naissance en France, soit de sa situation régulière au regard des lois relatives à l'entrée et au séjour en France (par ex. : regroupement familial), ou bien au regard des règles applicables aux réfugiés (art. L. 512-2).

Ces dispositions sont issues, il convient de le souligner, de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005, le législateur ayant entendu faire échec à la jurisprudence de la Cour de cassation qui avait conclu au droit pour les étrangers en situation régulière d'obtenir

le bénéfice des prestations familiales pour leurs enfants mineurs sans condition quant à l'entrée et au séjour de ces derniers (Ass. plén., 16 avril 2004, *DRASS des Pays de la Loire [Aff. : M. Lingouala c. CAF de Cholet]*, *Bull. civ.* n° 8, p. 16).

3. Le droit aux prestations familiales est également subordonné à une condition tenant à l'âge de l'enfant.

Eu égard aux simplifications introduites par la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999, les limites d'âge obéissent aux règles suivantes :

- Les prestations familiales sont dues sans autre condition jusqu'au terme de l'obligation scolaire, soit le seizième anniversaire de l'enfant.
- Elles sont également dues au-delà de cette limite, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de vingt ans, à la condition qu'il ne perçoive pas une rémunération supérieure à 55 % du montant du SMIC.
- Le droit au complément familial est ouvert dans les mêmes conditions jusqu'à l'âge de vingt et un ans.

§3 – LE RÉGIME JURIDIQUE DES PRESTATIONS FAMILIALES

1. Si certaines prestations font l'objet de règles de calcul qui leur sont propres (tel est le cas, par ex., de l'allocation de logement), la majorité des prestations familiales sont déterminées en fonction des bases mensuelles des allocations familiales (BMAF).

En 1946, le législateur avait entendu lier le montant des prestations familiales à l'évolution des salaires (la loi prévoyait d'ailleurs la détermination des allocations d'après un salaire de référence). L'évolution générale des salaires et les contraintes financières aidant, les pouvoirs publics durent, dès 1949, renoncer à cet objectif ambitieux : la loi du 25 juin 1949 opta pour la fixation par la voie réglementaire du salaire de référence, qui reçut, vingt ans plus tard, l'appellation de « bases mensuelles des allocations familiales » (ordonnance du 21 août 1967). Il s'en est suivi ainsi un véritable décrochage du niveau des prestations familiales par rapport à l'évolution générale des salaires.

Les bases mensuelles sont revalorisées par décret, une ou plusieurs fois par an, conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

Le montant des bases mensuelles des allocations familiales est égal, au 1^{er} janvier 2008, à 377,86 €.

2. Les prestations familiales sont versées chaque mois.

Le droit à prestation naît, en principe, au premier jour du mois qui suit le fait générateur (par ex. : la naissance de l'enfant) et prend fin, de même, au premier jour du mois où survient le fait extinctif (par ex. : le seizième anniversaire de l'enfant).

3. Les prestations familiales sont incessibles et insaisissables.

Le principe comporte toutefois une double exception :

- Les prestations peuvent être cédées ou saisies pour le recouvrement de prestations indûment versées à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'allocataire. La caisse d'allocations familiales peut également, en cas de trop-perçu, récupérer le montant des sommes en jeu sur le montant des prestations à venir dans la limite du cinquième de leur montant.

- Les prestations familiales peuvent être également saisies, dans certaines limites, pour le paiement des dettes contractées dans l'intérêt de l'enfant (dettes alimentaires, frais de soins, d'hébergement et d'éducation).
4. Le droit aux prestations familiales est assorti d'une prescription de deux ans. La prescription biennale s'applique à la fois à l'action de l'allocataire aux fins de paiement des prestations et à l'action en répétition de l'indu engagée par l'organisme (sauf fraude ou fausse déclaration).
 5. Si elles demeurent exonérées de contribution sociale généralisée, les prestations familiales sont assujetties, en revanche, à la contribution pour le remboursement de la dette sociale. Seules certaines d'entre elles échappent à la contribution (allocation d'éducation de l'enfant handicapé et allocation de parent isolé).
 6. C'est sauf exception (allocataires relevant de certains régimes spéciaux, salariés et exploitant agricoles) à la caisse d'allocations familiales que revient le soin de procéder à l'attribution et au paiement des prestations familiales. En 2006 ainsi, les caisses d'allocations familiales ont servi, toutes prestations confondues, des prestations à plus de dix millions et demi d'allocataires (dont 550 000 dans les départements d'outre mer).

> SECTION 3

L'éventail des prestations familiales

Les prestations familiales se sont multipliées au fil du temps, chacune répondant à une finalité et à des conditions d'attribution particulières. Sans prétendre à l'exhaustivité, on retracera, par grandes catégories, les caractéristiques et les conditions d'attribution des principales prestations familiales (v. *infra*, Tableau n° 11).

§1 – LES PRESTATIONS GÉNÉRALES D'ENTRETIEN

A. Les allocations familiales

1. Héritières du sursalaire familial né entre les deux guerres mondiales, les *allocations familiales* ont pour vocation la compensation indifférenciée des charges liées à l'entretien et à l'éducation de deux enfants au moins.

Le droit aux allocations familiales n'est assujéti à aucune condition de ressources. Les pouvoirs publics avaient entendu, il est vrai, instituer une telle condition au 1^{er} janvier 1998, mais ils y ont renoncé dès l'année suivante.

2. Destinées en priorité aux familles nombreuses, les allocations familiales ne sont dues qu'à compter du *deuxième* enfant ; leur taux s'élève avec le rang de l'enfant au sein de la famille.

Le taux des allocations familiales est fixé ainsi :

- Il est égal à 32 % du montant des bases mensuelles pour le deuxième enfant.
- Il est égal à 41 % du même montant pour chacun des enfants à partir du troisième.

Le montant des allocations est assorti de majorations en fonction de l'âge de l'enfant :

- La majoration est égale à 9 % du montant des bases mensuelles lorsque l'enfant atteint l'âge de dix ans ;
- Elle est égale à 16 % du même montant lorsque l'enfant atteint l'âge de quinze ans.

Tableau 10. - MONTANT DES ALLOCATIONS FAMILIALES (1^{er} JANVIER 2008)

BMAF	2 ENFANTS	3 ENFANTS	4 ENFANTS	5 ENFANTS	MAJORATION	
					ENFANTS DE 10 À 15 ANS	ENFANTS DE PLUS DE 15 ANS
377,86 €	120,91 €	275,83 €	430,76 €	585,68 €	334,00 €	60,45 €

3. La loi du 20 décembre 2002 a institué, en sus des allocations familiales, une *allocation forfaitaire* due à toute famille qui assume la charge de trois enfants au moins, lorsque l'un de ceux-ci atteint l'âge limite pour l'attribution des allocations familiales. Cette allocation a pour objet d'atténuer l'effet de la suppression pure et simple du service des prestations.

L'allocation forfaitaire est égale à 20,234 % du montant des bases mensuelles. Elle est servie pendant un an à compter de la date à laquelle l'enfant qui y ouvre droit a atteint l'âge limite.

B. Le complément familial

1. Institué par la loi du 12 juillet 1977, le *complément familial* prenait initialement le relais des allocations postnatales servies dans les mois suivant la naissance de l'enfant. L'institution de l'*allocation au jeune enfant* en 1985, puis de l'*allocation pour jeune enfant* en 1986 ont entraîné la modification des règles d'attribution du complément familial.

2. L'attribution du complément familial est subordonnée à deux séries de conditions :

- Il est réservé aux familles qui comptent trois enfants au moins, tous âgés de trois ans et plus.
- La famille ne doit pas disposer de ressources supérieures à un plafond dont le montant varie selon la composition de la famille.

Le montant du complément familial est égal à 41,65 % du montant des bases mensuelles.

3. Le complément familial peut être cumulé avec les allocations familiales, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant. Il ne peut être cumulé, en revanche, avec l'allocation de base et le complément de libre choix d'activité servis au titre de la même prestation d'accueil du jeune enfant.

§2 – LES PRESTATIONS LIÉES À LA PETITE ENFANCE

1. Les prestations liées à la petite enfance n'ont cessé d'évoluer depuis une vingtaine d'années :

- Succédant aux allocations pré- et post-natales initiales, servies à l'occasion de la naissance de l'enfant, l'*allocation au jeune enfant* instituée par la loi du 4 janvier 1985, puis l'*allocation pour jeune enfant* instituée par la loi du 29 décembre 1986 était servie du quatrième mois de la grossesse au troisième mois de l'enfant (APJE courte) ; elle n'était servie ensuite, au-delà du troisième mois de l'enfant, que sous condition de ressources (APJE longue).

- La loi du 25 juillet 1994 a donné naissance à l'*allocation d'adoption* au profit des familles qui adoptent un enfant ou qui accueillent un enfant en vue de son adoption.
- Plus ambitieuse, la loi du 4 janvier 1985 (modifiée à plusieurs reprises ensuite) institue l'*allocation parentale d'éducation* (APE) réservée aux parents qui cessent d'exercer leur activité pour élever leurs enfants. Subordonnée à des conditions tenant à l'activité antérieure, ouverte à l'origine à compter du troisième enfant à charge, puis dès le deuxième, l'allocation était égale à 142,57 % du montant des bases mensuelles; elle pouvait être également servie à taux réduit lorsque l'allocataire se bornait à réduire son activité.
- Deux allocations sont venues enfin compléter le dispositif pour la compensation des charges inhérentes à la garde des enfants : l'*allocation de garde d'enfant à domicile* (AGED) au profit des familles qui emploient une personne à leur domicile pour garder leurs enfants, et l'*aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle* (AFEAMA) au profit des familles dont les enfants sont confiés à une assistante maternelle au domicile de celle-ci. Variant en fonction du nombre des enfants et des revenus de la famille, le montant des allocations avait pour objet la couverture, en tout ou partie, de la part employeur des cotisations afférentes à la rémunération de l'assistante maternelle.

La loi du 18 décembre 2003 a substitué à cet ensemble de prestations une nouvelle prestation : la *prestation d'accueil du jeune enfant* (PAJE), elle-même subdivisée en quatre prestations distinctes.

Il convient de distinguer ainsi :

- La *prime à la naissance ou à l'adoption* : la prime à la naissance est subordonnée au respect d'obligations à caractère médical de la mère et de l'enfant, la prime à l'adoption à des conditions tenant à la situation juridique de l'enfant et de l'adoptant (enfant de moins de vingt ans, agrément de l'adoptant en vue de l'adoption, adoption en bonne et due forme ou placement en vue d'une adoption). Elles sont l'une et l'autre assorties de conditions de ressources. Leur montant est égal à 229,75 % (prime à la naissance) et à 469,50 % (prime à l'adoption) du montant des bases mensuelles, le versement intervenant en une fois au septième mois de l'enfant (prime à la naissance) ou bien au deuxième mois suivant l'adoption (prime à l'adoption).
- L'*allocation de base* : remplaçant l'ancienne APJE longue et l'allocation d'adoption, l'allocation de base est assortie des mêmes conditions de ressources que la prime à la naissance ou à l'adoption. Elle est servie jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant ou, en cas d'adoption, pendant trois ans quel que soit l'âge de l'enfant (sous réserve qu'il n'ait pas atteint l'âge de vingt ans). L'allocation est versée mensuellement, son taux est fixé à 45,95 % du montant des bases mensuelles.
- Le *complément de libre choix d'activité* : destiné à compenser la perte de revenus du parent qui cesse son activité pour élever son enfant, le complément est subordonné, d'une part, à la justification d'une activité professionnelle antérieure (huit trimestres au moins pendant une période de référence variant selon la composition de la famille), d'autre part, à la cessation de toute activité (il peut toutefois être servi à taux partiel en cas d'activité à temps partiel). Le bénéfice du complément est ouvert dès le premier enfant. Versé mensuellement soit pendant une durée de six mois (premier enfant), soit jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant, soit encore pendant une durée maximale de douze mois en cas d'adoption, le complément est égal à 96,62 %

du montant des bases mensuelles; il est porté à 142,57 % lorsque les ressources de la famille lui interdisent de bénéficier de l'allocation de base. L'allocataire peut également opter en faveur du *complément optionnel de libre activité* (COLCA), qui lui ouvrira pendant une durée de douze mois le bénéfice d'une allocation majorée.

- Le *complément de libre choix du mode de garde* : succédant aux anciennes AGED et AFEAMA, le complément est subordonné à l'âge de l'enfant (en principe moins de trois ans, un complément à taux réduit pouvant être servi toutefois pour un enfant de trois à six ans); il importe également que l'allocataire justifie d'un revenu professionnel minimum; enfin la personne qui s'occupe de l'enfant ne doit pas être, lorsque l'enfant est gardé au domicile de l'allocataire, le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS de celui-ci. Le montant du complément varie selon la formule de garde retenue : il couvre le montant des cotisations et contributions sociales et une partie du salaire lorsque l'enfant est confié à une assistante maternelle; il ne couvre qu'une partie des mêmes sommes en cas de garde à domicile; il est plus réduit encore lorsque l'enfant est confié à une association ou à un établissement habilité.

§3 – LES PRESTATIONS À VOCATION SPÉCIALISÉE

La branche famille s'est enrichie, depuis les années soixante-dix en particulier, d'une pléiade de prestations qui répondent, selon les cas, à la situation particulière de l'enfant ou bien à celle de la famille. On traitera à part des prestations liées au logement (v. *infra*, §4).

A. L'allocation de soutien familial

1. L'allocation de soutien familial a succédé, au 1^{er} janvier 1985, à l'allocation d'orphelin instituée par la loi du 22 décembre 1970. Elle s'applique à l'enfant orphelin de père et/ou de mère.

2. Ouvrent droit au bénéfice de l'allocation de soutien familial :

- l'enfant orphelin de père et de mère ou de l'un de ses deux parents seulement;
- l'enfant dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard de ses parents ou de l'un des deux seulement;
- l'enfant « manifestement abandonné » par ses parents ou par l'un d'entre eux : la qualification s'applique, en particulier, à l'enfant dont le(s) parent(s) se soustraient à leur obligation d'entretien d'éducation ou s'avèrent incapables d'y faire face.

3. L'allocation est servie sans condition de ressources. Son taux est fixé à 30 % du montant des bases mensuelles lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère (ou réputé tel), à 22,5 % du même montant lorsqu'il n'est orphelin que de l'un de ses parents.

Nota : L'allocation de soutien familial peut être servie, le cas échéant, à titre d'*avance sur pension alimentaire*. La loi du 22 décembre 1984 habilite, en effet, la caisse d'allocations familiales à se substituer à l'allocataire pour le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant dûment fixée par décision de justice. L'organisme verse ainsi, à titre d'avance, l'allocation de soutien familial et procède au recouvrement de la pension alimentaire qui peut d'ailleurs être confié au comptable du trésor; la caisse d'allocations familiales est subrogée, à hauteur des sommes dont elle a fait l'avance, dans les droits de l'allocataire.

B. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

1. Succédant à diverses allocations instituées antérieurement (notamment l'*allocation d'éducation spécialisée*), l'*allocation d'éducation spéciale* s'inscrivait dans le cadre de la politique du handicap définie par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975. Si elle était attribuée par une autorité distincte : la *commission d'éducation spéciale*, elle n'en revêtait pas moins le caractère d'une prestation familiale, servie par les caisses d'allocations familiales et financée par la branche famille. L'*allocation d'éducation de l'enfant handicapé* instituée par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (loi n° 2005-102 du 11 févr. 2005) participe d'une même logique qui conduit la branche famille à concourir à la mise en œuvre de la politique du handicap.

2. L'attribution de l'allocation est subordonnée à deux séries de conditions :

- L'enfant doit être atteint d'une incapacité permanente au moins égale à 80 % ; le droit est également ouvert pour une incapacité comprise entre 50 et 80 % si l'enfant bénéficie d'un placement dans un établissement spécialisé ou de soins à domicile au titre de l'éducation spéciale.
- L'enfant ne doit pas être placé en internat, ni pris en charge, à un titre ou à un autre, par l'État, par l'aide sociale ou par l'assurance maladie.

L'allocation est due pour tout enfant handicapé (y compris le premier enfant) ; elle est attribuée sans conditions de ressources.

3. L'attribution de l'allocation est déterminée par la *Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées* (CDAPH). Celle-ci s'assure non seulement du taux d'incapacité de l'enfant, mais procède également à son classement dans l'une des six catégories prévues par la loi en fonction de la gravité du handicap et de son incidence sur l'autonomie de l'enfant, partant sur les contraintes pesant sur ses parents (appelés, le cas échéant, à cesser ou à réduire fortement leur activité [quatrième, cinquième et sixième catégories]) et sur les dépenses qu'ils supportent.

4. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est égale à 32 % du montant des bases mensuelles ; elle est assortie d'un complément dont le montant (de 24 à 65 % du montant des mêmes bases mensuelles) varie selon la catégorie dans laquelle l'enfant a été classé par la commission.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ouvre aux parents d'un enfant handicapé la faculté d'opter, sous certaines conditions, pour la *prestation de compensation du handicap* instituée, dans le cadre de l'aide sociale, par la loi du 11 février 2005, notamment pour couvrir les charges liées aux besoins d'aides humaines ou animalières (par ex. : chien d'aveugle) ou à l'aménagement des logements et véhicules. En cas d'option pour la prestation de compensation du handicap, l'allocataire conserve l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, mais perd le bénéfice du complément.

5. L'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé va de pair, le cas échéant, avec les mesures de traitement, d'éducation et de formation, de placement en établissement spécialisé, qui relèvent, pour l'essentiel, de la compétence de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Nota : Les caisses d'allocations familiales sont également appelées à servir l'*allocation aux adultes handicapés* : attribuée, sous diverses conditions tenant au taux d'incapacité et aux ressources de l'intéressé, par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (qui a succédé à l'ancienne Commission d'orientation et de reclassement

professionnel [COTOREP]), l'allocation revêt toutefois le caractère d'une prestation de l'aide sociale de l'État. Les caisses d'allocations familiales agissent donc en la matière pour le compte de celui-ci qui supporte seul, en définitive, la charge de l'allocation.

C. L'allocation de présence parentale

1. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a institué l'*allocation de présence parentale* en faveur de la personne qui interrompt ou réduit fortement son activité professionnelle pour prendre soin d'un enfant atteint d'une maladie ou d'un handicap grave ou victime d'un accident grave, qui requiert une présence soutenue ou des soins contraignants.

L'appréciation de l'état de l'enfant relève du service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie; en cas de litige, il y a lieu à application des dispositions relatives à l'expertise médicale (v. *supra*, première partie, chap. IV, sect. 1, §2).

2. L'attribution de l'allocation est subordonnée à la cessation ou à la réduction de l'activité; celle-ci s'inscrit normalement, pour les salariés, dans le cadre du *congé de présence parentale* prévue par l'article L. 122-28-9 du Code du travail.

Le montant de l'allocation est égal à une fraction des bases mensuelles :

- Lorsque l'enfant est élevé par un couple, le taux de l'allocation est égal à 234,01 % du montant des bases mensuelles (117,01 % de ce même montant en cas d'allocation attribuée à taux partiel pour une réduction d'activité).
- Lorsque l'enfant est élevé par une personne seule, le taux de l'allocation est porté à 227,89 % du montant des bases mensuelles (taux plein) ou bien à 146,26 % du même montant (taux partiel).

L'allocation est servie dans la limite d'un an par enfant à charge et par maladie, handicap ou accident.

D. L'allocation de parent isolé

1. Instituée par la loi du 9 juillet 1976, l'*allocation de parent isolé* a pour objet de garantir un revenu minimum à toute personne qui est appelée à assumer seule la charge effective et permanente d'un ou de plusieurs enfants (famille *monoparentale*). Près de deux cent mille personnes bénéficiaient de cette allocation en 2006; on compte, plus généralement, près de trois millions d'enfants qui vivent au sein d'une famille monoparentale.

2. L'attribution de l'allocation de parent isolé est subordonnée à trois conditions;

- L'allocataire doit avoir un ou plusieurs enfants à charge ou, s'il s'agit d'une femme, être en état de grossesse.
- L'allocataire doit vivre seul (e) : célibat, veuvage, séparation de droit ou de fait, abandon.
- L'allocataire ne doit pas disposer de ressources (y compris certaines prestations sociales) supérieures à un plafond égal à 150 % du montant des bases mensuelles des allocations familiales, majoré de 50 % pour chacun des enfants à charge.

3. Le montant de l'allocation de parent isolé est égal à la différence entre les ressources de l'allocataire et le montant du plafond retenu pour la détermination de celles-ci.

L'allocation est servie pendant une durée de douze mois ou jusqu'au troisième anniversaire du plus jeune des enfants à la charge de l'allocataire.

E. L'allocation de rentrée scolaire

1. L'*allocation de rentrée scolaire* est servie, sous condition de ressources, pour chaque enfant soumis à l'obligation scolaire (six à seize ans). L'allocation est versée en une fois lors de la rentrée scolaire.

2. Initialement l'allocation de rentrée scolaire était égale à 20 % du montant des bases mensuelles des allocations familiales. Elle a fait l'objet, plusieurs années durant, d'une majoration financée par l'État jusqu'à la modification de son taux porté en 2001 à 73,22 % du même montant.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit que le montant de l'allocation de rentrée scolaire doit être désormais modulé en fonction de l'âge de l'enfant. Les effets de cette réforme devraient intervenir lors de la rentrée 2008.

§4 – LES PRESTATIONS RELATIVES AU LOGEMENT

1. C'est à la loi du 1^{er} septembre 1948 que l'on doit l'institution de l'*allocation de logement* au sein de la branche famille. Contrepartie de la libération des loyers, l'allocation de logement tend à la fois à aider les familles à se loger et à concourir à l'amélioration du logement.

2. L'allocation de logement est attribuée à toute personne qui bénéficie, à un titre ou à un autre, des allocations familiales, du complément familial, de l'allocation de soutien familial ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Elle étend également ses effets à quatre autres catégories :

- les personnes et ménages qui, sans avoir droit à l'une des prestations familiales susmentionnées, ont un enfant à charge ;
- les ménages qui n'ont pas d'enfant à charge, pendant les cinq premières années de leur mariage (à condition qu'aucun des deux conjoints n'ait atteint l'âge de quarante ans lors du mariage) ;
- les personnes et les ménages qui ont à leur charge un ascendant âgé de 65 ans au moins (60 ans en cas d'invalidité) et vivant à leur foyer, ou bien un ascendant, un descendant ou un collatéral atteint d'une infirmité au moins égale à 80 % et vivant à leur foyer ;
- la femme en état de grossesse vivant seule et sans personne à charge (le droit à l'allocation court du quatrième mois de la grossesse au mois de la naissance de l'enfant).

3. L'allocataire doit avoir la qualité de locataire, de sous-locataire ou d'accédant à la propriété (souscription d'un emprunt immobilier en cours de remboursement).

Le logement doit répondre à des conditions tenant à son peuplement (rapport entre le nombre des occupants et la taille du logement) et à la qualité du logement (chauffage, équipement sanitaire, etc.).

Le taux de l'allocation est fixé, aux termes d'une formule complexe, en fonction :

- du nombre des enfants à la charge de l'allocataire ;
- du rapport entre les ressources de l'allocataire et le montant du loyer, du sous-loyer ou du remboursement d'emprunt qu'il supporte.

En d'autres termes, le montant de l'allocation est d'autant plus élevé que le logement répond, par sa taille et son équipement, aux besoins de la famille, et que celle-ci y consacre une part importante de son revenu.

4. Des *primes de déménagement* de même que des *prêts pour l'amélioration de l'habitat* peuvent être accordés par les caisses d'allocations familiales à ceux qui occupent ou sont sur le point d'occuper un logement leur ouvrant droit au bénéfice de l'allocation de logement (ou de l'aide personnalisée au logement).

5. De l'allocation de logement à caractère familial, qui revêt, seule, le caractère d'une prestation familiale, financée comme telle par la branche famille, il convient de distinguer :

- *l'allocation de logement à caractère social* : instituée en 1971, initialement applicable à certaines catégories déterminées (jeunes ménages, personnes âgées, personnes handicapées), progressivement étendue ensuite avant d'être ouverte à l'ensemble de la population, l'allocation de logement à caractère social est assortie de conditions d'attribution très proches des conditions propres de l'allocation de logement à caractère familial. Si elle est servie par les caisses d'allocations familiales, l'allocation de logement à caractère social relève de l'aide sociale de l'État qui en supporte la charge financière.
- *l'aide personnalisée au logement (APL)* : instituée en 1977, l'aide personnalisée au logement procédait de la volonté d'effectuer un renversement des parts relatives de l'aide à la pierre et de l'aide à la personne dans l'ensemble des concours financiers de l'État dans le domaine de l'aide au logement. Elle tend à couvrir une fraction des charges découlant de l'accession à la propriété (acquisition ou amélioration d'un logement) en fonction des ressources et des charges de l'allocataire. Son attribution est subordonnée à la conclusion en amont d'une convention préalable entre l'État et l'organisme prêteur ; le versement de l'aide répond ainsi au principe du *tiers payant*, la fraction des charges d'emprunt prise en charge au titre de l'APL faisant l'objet d'un versement direct entre les mains de l'organisme prêteur qui le déduit de sa créance. Plus élevée que les allocations de logement à caractère familial et à caractère social, l'aide personnalisée au logement s'adresse, potentiellement, à l'ensemble de la population ; elle revêt le caractère d'une prestation sociale de l'État.

§5 – L'ASSURANCE VIEILLESSE DES PARENTS AU FOYER

1. Instituée dès 1972 au profit des mères de famille (elle s'appelait d'ailleurs, initialement, *l'assurance vieillesse des mères de famille*), étendue indifféremment aux deux membres du couple, l'assurance vieillesse des parents au foyer tend à ouvrir à la personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle pour se consacrer à l'éducation de ses enfants des droits à pension de retraite financés par la branche famille.

2. Suivant les dispositions actuellement applicables, le bénéfice de l'assurance vieillesse des parents au foyer est subordonné à trois séries de conditions :

- Il s'applique à la personne isolée ou à celui des membres du couple qui n'exerce pas d'activité professionnelle.
- La personne isolée ou le couple doit bénéficier de certaines prestations familiales : complément familial, allocation de base (au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant) ou complément de libre choix d'activité (*ibid.*).

- La personne isolée ou le couple doit avoir la charge d'un certain nombre d'enfants (le nombre varie, notamment, selon les prestations familiales dont l'allocataire bénéficie par ailleurs) et disposer de ressources inférieures à certains plafonds.

Les personnes qui remplissent les conditions ainsi énoncées, sont obligatoirement affiliées, à la diligence de la caisse d'allocations familiales, au régime général au titre de l'assurance vieillesse, moyennant des cotisations assises sur une assiette forfaitaire (en principe le SMIC) dont le paiement incombe à la branche famille.

**Tableau 11. - LES PRESTATIONS FAMILIALES :
MONTANTS ET CONDITIONS D'ATTRIBUTION**

INTITULÉ	TAUX	CONDITIONS PARTICULIÈRES
Allocations familiales	32 % BMAF (2 ^e enfant) -41 % BMAF (par enfant à/c. du 3 ^e)	
Complément familial	41,65 % BMAF	Famille comptant trois enfants au moins Condition de ressources
Prestation d'accueil du jeune enfant : – Prime à la naissance ou à l'adoption – Allocation de base – Complément de libre choix d'activité – Complément de libre choix du mode de garde	-229,75 % BMAF (naissance) 469,50 % BMAF (adoption) 45,95 % BMAF (par mois) 96,26 % BMAF (taux plein) Montant variable selon le mode de garde de l'enfant	Conditions de ressources Conditions de ressources Cessation d'activité
Allocation de soutien familial (ASF)	30 % BMAF 22,5 % BMAF	Orphelin de père et de mère Orphelin de père ou de mère
Allocation de parent isolé (API)	Allocation différentielle entre les ressources et le plafond de ressources	Condition d'isolement et conditions de ressources
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	32 % BMAF (hors compléments)	Handicap de l'enfant (décision de la CDAPH)
Allocation de présence parentale	234,01 % BMAF (taux plein)	État de santé de l'enfant Cessation d'activité
Allocation de rentrée scolaire	73,22 % BMAF (par enfant soumis à l'obligation scolaire)	Condition de ressources
Allocation de logement	Montant variable	Conditions liées à la composition de la famille, au logement et à la part de ressources affectée

TROISIEME PARTIE

LES EFFORTS COMPLÉMENTAIRES

En dépit de l'importance acquise depuis la Libération, la Sécurité sociale ne saurait prétendre résumer à elle seule, en France comme en d'autres pays, la couverture des risques et aléas de l'existence. L'institution n'a pas fait disparaître ainsi l'*aide sociale*, qui développe ses prestations au profit des populations les plus démunies. L'insuffisance de ses prestations a conduit par ailleurs, dans le domaine de la retraite, mais également de la prise en charge des soins, de l'invalidité et du décès, à la pérennité et, même, au développement de la *protection sociale complémentaire*. Il est enfin des risques que la sécurité sociale n'assume pas (tel est le cas, tout particulièrement, du *chômage* dont l'indemnisation ne figure pas, dans notre pays, au nombre des risques couverts par le système de sécurité sociale). S'il est exact qu'ils ne s'inscrivent pas, à proprement parler, dans le système de sécurité sociale, la présentation de celui-ci demeurerait incomplète s'il n'était fait mention, dans leurs grandes lignes, des efforts complémentaires qui concourent à la couverture des risques sociaux.

> CHAPITRE I

L'AIDE SOCIALE

INTRODUCTION

1. Héritière de l'ancienne *assistance* (le terme figure d'ailleurs aujourd'hui encore dans les instruments internationaux et européens), l'*aide sociale* s'applique aux interventions de la collectivité publique à l'endroit des *plus démunis*.

Quatre idées force concourent à la définition de l'aide sociale :

- Elle constitue un droit pour l'individu : le droit à l'aide sociale peut d'ailleurs s'autoriser des règles constitutionnelles (tel est l'objet du onzième alinéa du Préambule de 1946) et de nombreux instruments internationaux et européens (la Charte sociale européenne garantit, par ex., le droit à l'assistance médicale et sociale).
- Elle est à la charge de la collectivité publique (principalement l'État et le département) et financée par l'impôt.
- Elle ne constitue pas la contrepartie d'une contribution versée préalablement, mais répond à une situation de besoin de l'intéressé.
- Elle revêt enfin un caractère subsidiaire, et n'intervient, en principe, que pour autant que l'intéressé ne peut pas faire face à ses besoins par d'autres moyens (ressources personnelles, prestations de sécurité sociale, prestations complémentaires, etc.).

2. De l'aide sociale, on distingue fréquemment l'*action sociale* : alors que l'aide sociale tend, traditionnellement, à la distribution de prestations, l'action sociale recouvre un ensemble diversifié d'interventions : aides directes (par ex. : prêts et avances), équipements et services collectifs (par ex. : crèches, foyers-restaurant, maisons de retraite), actions d'accompagnement et de suivi social et tend ainsi à une appréhension d'ensemble de la situation des personnes qui en font l'objet.

Alors que l'aide sociale relève, pour l'essentiel, de l'État et du département, l'action sociale fait appel à nombre d'intervenants, publics et privés, pour l'accomplissement de ses missions. Ainsi les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole développent-ils sur leurs propres fonds une action sanitaire et sociale (branche maladie) ou une action sociale (branches vieillesse et famille).

La distinction doit être nuancée : il est des prestations d'aide sociale qui associent au versement d'une prestation un accompagnement (tel est le cas, par ex., du revenu minimum d'insertion) ; les prestations d'aide sociale contribuent, par ailleurs, au financement de l'action sociale (il en va ainsi, en particulier, de la prise en charge par l'aide sociale des personnes accueillies dans les établissements).

3. La sécurité sociale et l'aide sociale ne sont pas sans rapports :

- L'aide sociale a vocation à prendre en charge, sous condition de ressources, ceux qui ne peuvent pas (ou ne peuvent plus) bénéficier des prestations de la sécurité sociale : l'allocation de solidarité aux personnes âgées (qu'on peut assimiler à l'aide sociale) s'applique ainsi aux personnes âgées qui n'ont aucun droit à pension ou des droits insuffisants ; de même le régime de solidarité prend-t-il en charge les travailleurs sans emploi qui ont épuisé leurs droits au régime d'assurance.
- La frontière entre les deux institutions est incertaine : ainsi le revenu minimum relève-t-il, en France, de l'aide sociale, alors qu'il est intégré, en Belgique, au système

de sécurité sociale (« Minimex »). De même, l'institution de la Couverture maladie universelle et de la couverture maladie universelle complémentaire en 1999 a-t-il réduit considérablement le champ d'application de l'aide médicale gratuite (aujourd'hui réservée essentiellement aux étrangers en situation irrégulière).

- Les deux institutions s'inscrivent, l'une et l'autre, dans le droit-fil du principe de la solidarité nationale.

4. Les dispositions législatives et réglementaires applicables à l'aide et à l'action sociales ont fait l'objet d'une codification : succédant à l'ancien Code de la famille et de l'aide sociale (1953-1954), le *Code de l'action sociale et des familles* réunit désormais la majorité des dispositions applicables en la matière. Certaines subsistent néanmoins dans d'autres codes (ainsi les dispositions relatives à l'allocation de solidarité aux personnes âgées figurent-elles dans le Code de la sécurité sociale).

> SECTION I

L'évolution de l'aide sociale

1. L'aide sociale peut s'autoriser d'origines fort anciennes : qu'elle participe du devoir de charité ou de l'intervention publique, l'assistance a donné lieu, à l'initiative de l'Église et du pouvoir royal, à nombre d'actions et d'institutions (un *Grand bureau des pauvres* est ainsi institué à Paris en 1544). On assiste au XVIII^e siècle, à un renouveau des conceptions qui conduiront, lors de la Révolution française, à la reconnaissance, sinon du *droit aux secours publics* (la formule figure cependant dans la Constitution du 24 juin 1793), du moins de l'obligation faite à la collectivité publique de pourvoir à la distribution des secours publics.

2. Si l'assistance a donné lieu, au fil du siècle, à certains efforts (par ex. : lois de 1811 sur les enfants abandonnés et de 1838 sur les aliénés), c'est à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle que la France s'est dotée d'un système d'ensemble : les pouvoirs publics donnent naissance ainsi à l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juill. 1893), à l'assistance aux enfants (loi des 27-28 juin 1904), à l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables (loi du 14 juill. 1905), à l'assistance aux femmes en couches (loi du 17 juin 1913) ou encore à l'aide aux familles nombreuses (loi du 14 juill. 1913).

Une réforme d'ensemble intervint ensuite, au lendemain de la Seconde guerre mondiale, qui a substitué l'expression *aide sociale* à l'ancienne formule de l'assistance, et procédé, plus encore, à la simplification et à l'unification des dispositions antérieures.

3. L'organisation de l'aide et de l'action sociales a été affectée de manière significative par le double mouvement de décentralisation :

- Entrepris au début des années quatre-vingt, le premier mouvement de décentralisation s'est traduit par une répartition nouvelle des compétences entre l'État, le département et la commune, le département héritant de nombreuses compétences (lois des 22 juill. 1983 et 6 janv. 1986). La décentralisation a également conduit à la simplification des financements, chaque collectivité assumant désormais le financement des aides et actions qui relèvent de sa compétence (moyennant d'importants concours financiers de l'État).
- Les mesures adoptées au début des années deux-mille ont entraîné de nouveaux transferts de compétences : le département a ainsi hérité de la gestion dans son ensemble du revenu minimum d'insertion et bénéficié de ressources nouvelles.

> SECTION 2

Le droit à l'aide sociale

1. D'ailleurs reconnu par la Constitution (v. *supra*, Introduction), le *droit à l'aide sociale* revêt un quadruple caractère :

- C'est un *droit subjectif* : il dépend toutefois des dispositions législatives et réglementaires qui déterminent les prestations d'aide sociale et leurs conditions d'attribution (le droit à l'aide sociale correspond ainsi, de même que le droit à la sécurité sociale, à un *statut légal*).
- C'est un droit essentiellement *alimentaire* : les prestations de l'aide sociale ont pour objet premier de répondre à l'état de besoin de l'intéressé.
- C'est un droit à caractère *subsidaire* : une personne ne peut recourir, en principe, aux prestations de l'aide sociale que pour autant qu'elle n'est pas en état de faire face à ses besoins en usant de ses propres ressources ou de ses droits aux prestations contributives (sécurité sociale, régimes complémentaires, etc.) ou en sollicitant ses proches tenus à son égard à l'*obligation alimentaire* prévue par le Code civil.
- C'est un droit à caractère *spécialisé* : l'aide sociale se subdivise, en effet, en de multiples prestations répondant à des finalités bien précises et subordonnées à des conditions en rapport avec leurs finalités.

2. L'exercice du droit à l'aide sociale s'inscrit dans le cadre de la procédure d'*admission à l'aide sociale*.

La procédure d'admission a été réformée et simplifiée par une ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 qui a supprimé, en particulier, les anciennes commissions d'aide sociale. Le pouvoir de décision appartient désormais, selon la nature de la prestation, au président du conseil général ou au préfet. Les services de la commune (plus précisément, le *Centre communal d'action sociale* dans les communes les plus importantes) participent à l'instruction de la demande.

Certaines prestations d'aide sociale font l'objet d'une procédure particulière. Tel est le cas de l'attribution des prestations dues aux personnes handicapées qui relève des attributions de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (celle-ci n'a toutefois qu'un pouvoir de proposition).

Les décisions prises en matière d'admission à l'aide sociale peuvent faire l'objet d'un recours contentieux (v. *infra*, sect. 3).

3. Lorsque la prestation d'aide sociale relève de la compétence du département, la demande doit être adressée au département dans lequel l'intéressé a son *domicile de secours*. Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans le département; l'admission dans un établissement sanitaire, social ou médico-social situé dans un autre département ne fait pas perdre le domicile de secours.

Les prestations dues aux personnes sans domicile de secours (personnes sans domicile fixe, personnes récemment arrivées en France, etc.) sont prises en charge par l'État.

4. Le caractère subsidiaire de l'aide sociale conduit à une double particularité :

- L'admission à l'aide sociale peut être assortie de la participation exigée des proches au titre de l'obligation alimentaire.

- La collectivité publique peut récupérer, en tout ou partie, le montant des prestations servies soit en cas de retour à meilleure fortune de l'intéressé, soit sur la succession de celui-ci.

> SECTION 3

L'organisation de l'aide sociale

1. L'organisation de l'aide sociale est aujourd'hui fortement décentralisée :

- Le département est investi d'une compétence générale pour la distribution des prestations de l'aide sociale : aide sociale à l'enfance, aide sociale aux familles, aide sociale aux personnes âgées, aide sociale aux personnes handicapées, revenu minimum d'insertion.
- L'État conserve à sa charge certaines prestations d'aide sociale déterminées : prestations liées à la prise en charge et à l'insertion des personnes handicapées, prestations du régime de solidarité (chômage). Il prend également en charge les personnes sans domicile de secours.

La Sécurité sociale intervient également :

- Les organismes de sécurité sociale assurent pour le compte de l'État la gestion de certaines prestations d'aide sociale (allocation de solidarité aux personnes âgées, allocation aux adultes handicapés).
- La Sécurité sociale intervient parfois de concert avec l'aide sociale : dans certains établissements pour personnes âgées ainsi, l'aide sociale prend en charge les frais d'hébergement, l'assurance maladie les soins (établissements à double tarification).

La commune ne dispose pas de compétences particulières en matière d'aide sociale, mais elle peut instituer des prestations d'*aide sociale supra-légales* et développer sa propre politique d'action sociale qu'elle finance sur son propre budget (par ex. : aide aux familles).

2. Antérieurement aux lois de décentralisation de 1983-1986, le financement de l'aide sociale reposait sur des mécanismes complexes faisant appel à la fois au budget du département et au concours financier de l'État (financements croisés). Désormais chaque collectivité doit pourvoir au financement des charges correspondant aux prestations qui relèvent de sa compétence.

L'accroissement considérable des charges du département s'est traduit non seulement par la majoration des concours financiers de l'État (notamment la *dotation globale de fonctionnement*), mais également par l'affectation du produit de certains impôts. Ainsi le transfert de la charge intégrale du revenu minimum d'insertion a-t-il été assorti, en 2004, de l'affectation au budget du département d'une fraction du produit de la *taxe intérieure sur les produits pétroliers* (TIPP).

3. L'aide sociale est également dotée de juridictions spécialisées relevant de l'ordre administratif.

Le contentieux des *prestations de l'aide sociale* (attribution, paiement, répétition de l'indu, etc.) doit être porté, en principe, devant les *juridictions de l'aide sociale* : la commission départementale d'aide sociale en premier ressort, et la commission centrale d'aide sociale en appel. Les décisions de celle-ci peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État.

Le contentieux de la *tarification* des services et établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (établissements de santé, établissements spécialisés pour les enfants ou les handicapés, établissements pour les personnes âgées, etc.) relève des *juridictions de la tarification sanitaire et sociale* : le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale en premier ressort, et la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale en appel. Les décisions de celle-ci peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État.

Certains contentieux échappent aux juridictions de l'aide sociale. Le contentieux des prestations dont la gestion est confiée aux organismes de sécurité sociale est attribué, le plus souvent, aux juridictions de la sécurité sociale (par ex. : contentieux de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé). Les juridictions administratives de droit commun demeurent également compétentes pour certains litiges (il en va ainsi des prestations supra-légales d'aide sociale facultative).

> SECTION 4

Les prestations de l'aide sociale

Les prestations de l'aide sociale sont, conformément au principe de spécialité de celle-ci, fort nombreuses. On se bornera à un bref aperçu.

§1 – LA DIVERSITÉ DES PRESTATIONS DE L'AIDE SOCIALE

1. L'aide sociale comporte un ensemble de prestations spécialisées en faveur :
 - de l'enfance (aide sociale à l'enfance) ;
 - des personnes âgées (prise en charge des frais d'hébergement, allocation personnalisée d'autonomie) ;
 - des personnes handicapées (allocations aux adultes handicapés, prise en charge des frais d'hébergement et d'insertion professionnelle) ;
 - des personnes exclues (revenu minimum d'insertion, prise en charge des frais d'hébergement dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale) ;
 - des personnes sans emploi (prestations du régime de solidarité) ;
 - des malades : remplacée par la couverture maladie universelle, l'aide médicale gratuite ne joue plus cependant aujourd'hui qu'un rôle réduit.
2. D'un point de vue strictement juridique, il convient de procéder à la distinction des prestations qui, dûment énumérées dans les dispositions du Code de l'action sociale et des familles, relèvent de l'aide sociale, et des autres prestations sociales distribuées par les collectivités publiques. Telle est le cas de l'*allocation de solidarité aux personnes âgées* : quoique répondant à la logique propre à l'aide sociale, elle ne figure pas au nombre des prestations de l'aide sociale au sens étroit du terme, sans doute en raison de la dévolution de sa gestion aux organismes d'assurance vieillesse.
3. S'il est vrai qu'elle s'inscrit dans un cadre juridique distinct, l'*aide juridique* (qui a succédé en 1991 à l'*aide judiciaire* instituée en 1972) relève également de l'aide sociale.

§2 – LE REVENU MINIMUM D'INSERTION

1. Le développement de la grande pauvreté au cours des années quatre-vingt a amené les pouvoirs publics à compléter les prestations sociales existantes d'un dispositif d'application générale destiné à tous ceux qui ne bénéficient pas, ou insuffisamment, des autres prestations et actions sociales.

Institué par la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988, le *revenu minimum d'insertion* (RMI) a été reconduit, moyennant diverses modifications, par la loi du 29 juillet 1992.

Le RMI associe :

- le versement d'une prestation : l'*allocation de revenu minimum d'insertion*, attribuée sous conditions de ressources et égale, au 1^{er} janvier 2008, à 447,91 € par mois pour une personne seule (le montant est majoré en fonction du nombre de personnes à charge); elle est versée par les caisses d'allocations familiales qui agissent pour le compte hier de l'État, aujourd'hui du département.
- la mise en œuvre de mesures d'*insertion sociale et professionnelle* : ces mesures et actions s'inscrivent dans le cadre d'un *contrat d'insertion* conclu entre l'allocataire et la commission locale d'insertion.

Initialement, la gestion du RMI relevait à la fois de l'État qui finançait l'allocation de RMI et assurait à parité avec le département la maîtrise d'œuvre de l'insertion sociale et professionnelle. Depuis le 1^{er} janvier 2004, le département assume seule la charge du RMI, l'État participant seulement (au même titre que de nombreux autres intervenants, publics et privés) à la mise en œuvre de la politique d'insertion sociale et professionnelle.

2. Le RMI a été complété, par la loi n° 2003-1200 du 18 décembre 2003, par le *revenu minimum d'activité* (RMA) : ouvert aux titulaires non seulement de l'allocation de RMI, mais également de certaines autres allocations (allocation de solidarité spécifique et allocation de parent isolé), le RMA associe un *contrat d'insertion*, contrat de travail à durée déterminée et à temps partiel, et un *revenu minimum d'activité*, versé par l'employeur avant remboursement pour partie par le département. Le dispositif a pour objectif de faciliter l'accès ou le retour à l'emploi.

Il est actuellement procédé à l'expérimentation, dans plusieurs départements, du *revenu de solidarité active*, qui s'inscrit dans une même perspective.

§3 – LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES

1. Contrairement à la solution retenue par d'autres pays (par ex. : Allemagne), la prise en charge de la dépendance des personnes âgées s'inscrit, en France, en dehors du système de sécurité sociale : elle ne fait l'objet ni des prestations de l'assurance vieillesse (sous réserve de la majoration pour tierce personne réservée aux assurés atteints d'une invalidité à la date de la liquidation de leurs droits à pension), ni d'une branche particulière des assurances sociales (envisagée un temps sous la formule du *cinquième risque*). Si elle relève ainsi de l'aide sociale, la prise en charge de la dépendance des personnes âgées n'en obéit pas moins à des règles originales.

2. Succédant à la *prestation spécifique dépendance* (loi du 24 janv. 1997), l'*allocation personnalisée d'autonomie* (APA) a été instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001.

Quatre traits caractérisent l'allocation personnalisée d'autonomie :

- Le bénéfice de l'allocation est ouvert aux personnes âgées dépendantes essentiellement en fonction de leur *perte d'autonomie*, dont l'importance est appréciée par application de la grille AGGIR (Autonomie gérontologie — groupes iso-ressources).
- L'allocation n'est pas directement soumise à une condition de ressources ; l'importance des ressources de la personne âgée est toutefois prise en compte pour déterminer le montant de l'allocation.
- L'attribution de l'allocation n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire auprès des proches de la personne âgée ; le montant de l'allocation ne peut pas davantage faire l'objet d'une récupération sur sa succession.
- L'allocation couvre, en tout ou en partie, les dépenses figurant dans le plan d'aide élaboré de concert avec le bénéficiaire par l'équipe médico-légale appelée à évaluer la perte d'autonomie. Elle obéit à des modalités distinctes selon que le bénéficiaire demeure à domicile (*APA à domicile*) ou a été admis dans un établissement (*APA en établissement*).

3. Le législateur avait entendu, à l'origine, confier la gestion et la charge de l'allocation personnalisée d'autonomie au département, moyennant l'intervention d'un fonds spécialisé (le *Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie*) alimenté par des concours financiers de l'État et des régimes d'assurance vieillesse en vue de procéder à une péréquation minimale des charges entre les départements. Ces dispositions s'avérant insuffisantes, la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 a institué la *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*, qui doit concourir au financement des charges tant des départements que des régimes d'assurance maladie au titre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. La Caisse bénéficie de ressources propres, notamment une fraction de la contribution sociale généralisée (égale à 0,1 point) et une *cotisation de solidarité autonomie* due par l'employeur au taux de 0,3 % en contrepartie d'une *journée de solidarité* (initialement fixée au lundi de Pentecôte).

➤ CHAPITRE III

LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

INTRODUCTION

1. La protection sociale complémentaire assure, pour une part non négligeable, la couverture des risques sociaux. Elle intervient ainsi pour compléter les prestations de la sécurité sociale : prise en charge des soins, couverture des risques invalidité et décès, retraite.

Dans les années cinquante et soixante, le développement de la protection sociale complémentaire s'est affirmé, tout particulièrement, dans le domaine de la *retraite* : le niveau réduit des pensions (20 % du salaire annuel moyen des dix dernières années à soixante ans selon les règles édictées en 1946) et l'effet du plafond des cotisations (essentiellement pour les cadres) ont conduit, en effet, à l'institution de régimes complémentaires de retraite (régimes ARRCO et AGIRC). Les efforts se sont également portés sur la prise en charge, à titre complémentaire, des soins (tel a été l'objet, en particulier, de la mutualité).

L'adoption, dès à présent ou à terme rapproché, de mesures de durcissement des conditions d'attribution des prestations de la sécurité sociale, notamment dans les domaines de la retraite et de la santé, ne devrait pas demeurer sans incidence sur le développement de la protection sociale complémentaire. Celle-ci fait d'ailleurs l'objet des encouragements des pouvoirs publics, notamment par l'édiction de mesures d'incitation sociales et fiscales (par ex. : déduction de l'assiette des cotisations et de l'impôt de tout ou partie des sommes versées au titre de l'épargne retraite).

2. La protection sociale complémentaire peut procéder, naturellement, d'une démarche purement individuelle : l'adhésion volontaire à une mutuelle, la souscription d'un contrat d'assurance pour la couverture complémentaire des soins, le recours à l'épargne retraite sous une forme ou sous une autre sont ouverts à chacun pour autant qu'il dispose de ressources suffisantes pour s'engager dans cette voie.

La protection sociale complémentaire revêt toutefois, traditionnellement, un caractère *collectif* et s'inscrit, s'agissant des salariés, dans le cadre des *relations collectives du travail*. Elle s'avère ainsi quelque peu hétérogène : réserve faite des régimes complémentaires de retraite, qui s'appliquent à l'ensemble des salariés (v. *infra*, sect. 2), l'étendue de la couverture des risques varie significativement d'une branche professionnelle à l'autre, voire d'une entreprise à l'autre, sans même évoquer le développement des mesures propres aux seuls cadres dirigeants (régimes de retraite à prestations définies, dits régimes de « retraite chapeau »). Elle est toutefois soumise à un ensemble de règles communes qui répondent d'ailleurs, pour nombre d'entre elles, aux exigences des normes communautaires (v. *infra*, sect. 1).

3. Le développement de la protection sociale complémentaire s'inscrit parfois dans le prolongement des régimes légaux de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole :

- Les régimes autonomes d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants sont assortis ainsi de régimes complémentaires de retraite, d'invalidité et de décès : institués par voie réglementaire, gérés par les organismes du régime de base, ces régimes couvrent les intéressés à titre obligatoire (certains de ces régimes subsistent toutefois sous la forme de régimes facultatifs). Les pouvoirs publics se sont d'ailleurs efforcés de simplifier et d'harmoniser, s'agissant au moins de la retraite, les régimes complémentaires : les entrepreneurs individuels de l'industrie et du commerce (depuis la loi

du 21 août 2003), d'une part, et les artisans (depuis un décret du 14 mars 1978), d'autre part, bénéficient d'un régime complémentaire de retraite ; s'agissant des professions libérales et des avocats, on compte encore, en revanche, un régime complémentaire par profession.

- Les exploitants agricoles bénéficient, de même, d'un régime complémentaire obligatoire de retraite, institué par la loi n° 2002-308 du 4 mars 2002 et géré par la mutualité sociale agricole, régime qui vient compléter les prestations de leur régime de base. Ils peuvent également accéder à un régime complémentaire par capitalisation, le régime COREVA, mais celui-ci, institué en 1988, revêt un caractère purement facultatif.
- Dans un même registre, l'alignement des régimes spéciaux de retraite sur le régime général a été complété de l'institution de régimes additionnels de retraite assis sur les primes, indemnités et rémunérations complémentaires, qui n'entrent pas dans le calcul des pensions du régime de base : telle a été la solution retenue par la loi du 21 août 2003 pour les fonctionnaires de l'État ; une même formule devrait être retenue pour les agents de la SNCF, de la RATP ou des industries électriques et gazières.

Soumis, pour l'essentiel, au régime juridique et contentieux des régimes de base dont ils sont l'accessoire, ces régimes échappent aux règles de droit qui s'appliquent à la protection sociale complémentaire.

> SECTION I

Le régime juridique de la protection sociale complémentaire

Longtemps fragmentaire, le régime juridique de la protection sociale complémentaire a fait l'objet, depuis la fin des années quatre-vingt, d'une série de réformes, dont nombre ont d'ailleurs pour origine l'obligation pour la France de transcrire dans le droit interne les normes édictées par la Communauté européenne.

§1 – LES PRINCIPES DIRECTEURS

1. D'ailleurs en petit nombre, les dispositions édictées au lendemain de la Seconde guerre mondiale quant à la protection sociale complémentaire tendaient à privilégier la gestion des avantages complémentaires par les intéressés eux mêmes ou par leurs représentants. Dès lors qu'elle s'inscrivait dans le cadre des relations du travail, la protection sociale complémentaire devait faire appel, pour la gestion des garanties, soit à la *mutualité*, soit aux *institutions de prévoyance et de retraite* (alors appelées communément « institutions L 4 » en raison de la codification sous cet article de l'ancien Code de la sécurité sociale des dispositions les concernant), ces dernières obéissant au principe de la gestion paritaire par les représentants des employeurs et des salariés.

Diverses dispositions ouvraient la voie, pour l'institution ou la révision des droits et obligations en la matière, non seulement à la convention collective de droit commun, mais également à un accord spécifique soumis à l'agrément des pouvoirs publics, voire à l'accord entre l'employeur et la majorité des salariés constatée par vote à bulletin secret (référendum).

On mentionnera enfin les dispositions qui reconnaissaient au *comité d'entreprise* une compétence exclusive pour la création, la gestion et le contrôle des œuvres sociales de l'entreprise.

2. Le droit de la protection sociale complémentaire a fait l'objet, depuis une vingtaine d'années, d'une véritable refonte. On compte ainsi, depuis 1985, près d'une dizaine de lois et d'ordonnances, qui ont affecté la mutualité, le régime des opérations de prévoyance et de retraite, l'organisation et le fonctionnement des institutions de prévoyance et de retraite ainsi que le droit de l'assurance. Désormais réunies dans le Livre IX, les dispositions du Code de la sécurité sociale relatives à la protection sociale complémentaire ont été profondément modifiées et augmentées; le Code de la mutualité a, quant à lui, été refondu une première fois en 1985 avant de connaître une nouvelle codification en 2001.

Parmi les dispositions ainsi intervenues, on mentionnera, plus particulièrement, la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (dite « loi Evin »), et la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et portant transposition des directives n° 92/49 et 92/96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du Conseil des Communautés européennes.

3. La refonte du droit de la protection sociale complémentaire conduit à distinguer deux catégories de risques :

- La *prévoyance* recouvre l'ensemble des risques à l'exception de la retraite (maladie, maternité, invalidité, décès, incapacité de travail, chômage).
- La *retraite* s'applique à la couverture du risque vieillesse (droits propres et droits dérivés).

Le risque vieillesse se subdivise lui-même en deux catégories : la *retraite complémentaire* et la *retraite supplémentaire*. Cette distinction répond à une particularité de la couverture du risque vieillesse en France : les régimes de sécurité sociale ne distribuant que des prestations réduites (ne serait-ce qu'en raison des effets du plafond), la couverture normale du risque procède dans notre pays de l'addition des prestations des régimes de sécurité sociale et des prestations des régimes complémentaires (parfois appelés « régimes complémentaires de base »). Alors que ces derniers font l'objet d'un régime juridique à part (que caractérise, en particulier, leur caractère obligatoire) (v. *infra*, sect. 2), les régimes de retraite *supplémentaires* (parfois appelés encore « régimes surcomplémentaires ») s'inscrivent dans une même logique que la prévoyance.

4. S'agissant de la prévoyance et de la retraite supplémentaire, les dispositions de la loi du 8 août 1994 ont substitué au terme « régime » celui de « garanties collectives » (art. L. 911-1 C. séc. soc.).

L'institution et la modification des garanties collectives peuvent emprunter trois voies :

- Elles peuvent procéder de la *négociation collective* dans les conditions du droit commun sous la forme de l'insertion de clauses en ce sens dans une convention ou un accord collectif de travail, ou de la négociation d'un accord n'ayant d'autre objet que la détermination des garanties collectives. Dans cette dernière hypothèse, l'extension de l'accord est prononcée non par le ministre du Travail, mais par les ministres chargés de la Sécurité sociale et du Budget.
- Elles peuvent également faire l'objet d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et soumis à *référendum*.
- Elles peuvent procéder enfin de la *décision unilatérale* du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis à chaque intéressé.

Il convient de préciser que les garanties collectives étendent leurs effets non seulement aux salariés de l'entreprise, mais également aux anciens salariés et aux ayants droit des salariés et anciens salariés. Il en résulte d'incontestables difficultés en cas de modification de l'étendue des garanties (et, *a fortiori*, en cas de réduction de l'étendue des garanties) ainsi qu'en cas de changement dans la structure de l'entreprise (disparition, fusion, absorption, etc.), difficultés auxquelles le droit positif n'apporte que des réponses partielles.

5. Le droit communautaire exerce ses effets sur le régime juridique de la protection sociale complémentaire :

- Le principe de l'*égalité des rémunérations entre les travailleurs des deux sexes* fait obstacle à l'insertion de toute clause discriminatoire selon le sexe dans les règles d'attribution des prestations. Il en va ainsi, par exemple, de la détermination de l'âge d'ouverture des droits à pension.
- Les principes *économiques* du traité CE (libre prestation de service, concurrence, etc.) imposent de même leurs exigences à l'aménagement et à la gestion de la protection sociale complémentaire.
- On mentionnera enfin une modeste directive n° 98/49/CE du 29 juin 1998 relative à la sauvegarde des droits à pension complémentaire, qui édicte des mesures de garantie minimale des droits aux prestations de retraite, d'invalidité et de survie.

§2 – LA PRÉVOYANCE

1. Comme il a été précédemment indiqué, la prévoyance recouvre désormais l'ensemble des risques sociaux à l'exception du risque vieillesse. Elle s'applique, plus précisément, « aux opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque chômage » (loi du 31 déc. 1989, art. 1^{er}).

2. Le régime juridique de la prévoyance repose sur quatre principes directeurs :

- La gestion des opérations de prévoyance est réservée à *trois catégories d'opérateurs* : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance.
- La gestion de la prévoyance doit être séparée, le cas échéant, de la gestion du risque vieillesse ; il ne saurait exister, en particulier, d'institution de prévoyance et de retraite selon la formule couramment pratiquée auparavant.
- Les opérateurs sont soumis au contrôle d'une autorité administrative indépendante : l'*Autorité de contrôle des assurances et mutuelles*.
- La définition des garanties et la gestion des opérations doivent préserver les droits des personnes affiliées. La loi du 31 décembre 1989 interdit ainsi les exclusions en matière d'affiliation en fonction de l'état préexistant des personnes (sélection des risques) ; elle prévoit également la pérennité des droits liquidés après la disparition de l'entreprise ou la modification de l'étendue des garanties collectives ; elle exige enfin l'information précise des bénéficiaires des garanties.

3. L'institution par la loi du 27 juillet 1999 de la Couverture maladie universelle a ouvert un nouveau champ aux opérateurs en matière de prévoyance en doublant la couverture assurée par le régime légal d'une couverture complémentaire : la *Couverture maladie*

universelle complémentaire. Réservée aux bénéficiaires de la CMU dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé, celle-ci doit pourvoir à la prise en charge complémentaire des soins (ticket modérateur, forfait hospitalier, frais dentaires, optique et prothèse dans certaines limites, etc.). Les mutuelles, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance peuvent participer, de même que les caisses primaires d'assurance maladie, à la gestion de la CMUC, dont le financement est assuré par un fonds de financement alimenté par une dotation de l'État et par une contribution due par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, assise sur le montant hors taxes des cotisations et primes afférentes aux soins de santé et perçue au taux de 1,75 %.

§3 – LA RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

1. La notion de retraite supplémentaire s'applique aux garanties en matière de retraite qui s'ajoutent non seulement aux prestations des régimes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, mais également aux prestations des régimes *complémentaires* de base (notamment les régimes ARRCO et AGIRC).

2. Il subsiste en nombre limité des *régimes d'entreprise*. Le plus souvent institués dans les années d'après-guerre, au profit de l'ensemble des salariés ou de certaines catégories d'entre eux (cadres), ils relèvent soit de la catégorie des régimes à *cotisations définies* (l'engagement porte sur le niveau des cotisations versées, le bénéficiaire potentiel assumant, dès lors, le risque de dépréciation), soit, le plus souvent, de la catégorie des régimes à *prestations définies* (l'engagement porte sur le niveau des prestations garanties, impliquant le réajustement en tant que de besoin des cotisations).

Aux termes de la loi du 8 août 1994, la gestion de ces régimes doit être confiée à une *institution de retraite supplémentaire*, gérée paritairement. Chaque institution est tenue de constituer des provisions pour garantir ses engagements (l'obligation ne vaut toutefois que pour les engagements souscrits postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi). Les institutions de retraite supplémentaire sont soumises au contrôle de l'*Autorité de contrôle des assurances et mutuelles*.

Il existe environ quatre-vingts institutions de retraite supplémentaire, qui versent, chaque année, de l'ordre d'un milliard d'euros de prestations (400 000 bénéficiaires).

3. Le développement de la retraite supplémentaire s'inscrit principalement, à présent, dans le cadre de l'*épargne retraite*.

Plusieurs dispositions sont intervenues en vue de favoriser la constitution de *fonds de pension*, autrement dit de dispositifs de retraite fondés sur les principes de la capitalisation. Succédant à plusieurs tentatives antérieures (cf. loi du 25 mars 1997 instituant des plans d'épargne retraite [dite « loi Thomas »], ou loi du 19 févr. 2001 instituant le plan parternarial d'épargne salariale volontaire [PPESV]), la loi du 21 août 2003 (complétée par la loi de finances pour 2004) a donné naissance, en marge de la réforme des retraites, à un nouvel instrument : le *plan d'épargne retraite collectif* (PERCO). Exclusivement institué par voie d'accord collectif, géré paritairement, il est alimenté par les sommes dues au titre de la participation et de l'intéressement, par les versements du salarié et par un abonde-ment de l'entreprise. La liquidation des droits peut faire l'objet d'un capital ou d'une rente viagère. L'adhésion au PERCO de l'entreprise demeure facultative pour le salarié.

4. Il convient de mentionner, parallèlement, les dispositifs de retraite supplémentaire à caractère individuel. Certaines catégories de travailleurs peuvent accéder ainsi, parfois de

ongue date, à des systèmes déterminés (par ex. : la Prefon pour les fonctionnaires et agents publics, les produits d'épargne retraite dits « contrats Madelin » pour les travailleurs indépendants, ou le régime COREVA pour les exploitants agricoles). La loi du 11 août 2003 a également institué un nouveau contrat, ouvert à tous, le *plan d'épargne retraite populaire* (PERP).

► SECTION 2

Les régimes complémentaires de retraite

Les régimes complémentaires de retraite occupent une place à part au sein du système des retraites : s'ils ne relèvent pas de la sécurité sociale, ils n'en complètent pas moins de manière significative les prestations de l'assurance vieillesse (au point que l'addition des prestations de l'assurance vieillesse et des prestations des régimes ARRCO et AGIRC correspond au montant des seules prestations de l'assurance vieillesse dans d'autres pays) ; s'ils procèdent, au sens large du terme, de la protection sociale complémentaire, ils n'en sont pas moins soumis à des règles particulières.

§1 – LES ORIGINES ET L'ÉVOLUTION DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DE RETRAITE

La naissance des régimes complémentaires de retraite est ancienne : dès 1947, une convention collective nationale instituée au profit des ingénieurs et cadres un régime de retraite et de prévoyance géré par un ensemble d'institutions coordonnées par l'*Association de gestion des institutions de retraite des cadres* (AGIRC) (convention collective du 4 mars 1947).

Le développement des régimes complémentaires ouverts aux non cadres s'avérera plus complexe : la multiplication des régimes et des institutions conduira les partenaires sociaux à un premier accord, conclu le 15 mai 1957, donnant naissance à l'*Union nationale des institutions de retraite des salariés* (UNIRS), auquel un nouvel accord national interprofessionnel, conclu le 8 décembre 1961, lui substitue l'*Association des régimes de retraite complémentaire* (ARRCO). Ces deux accords ne faisaient pas disparaître les régimes antérieurs, mais veillaient à leur coordination et à leur compensation. Il faudra attendre 1999 pour qu'il soit procédé à la fusion en un seul régime des quarante-cinq régimes de non cadres qui subsistaient.

La loi du 29 décembre 1972 est venue, d'une certaine manière, parachever l'évolution en donnant un caractère *obligatoire* à l'affiliation à un régime complémentaire de retraite de tout salarié relevant du régime général ou du régime des salariés agricoles au titre de l'assurance vieillesse. Elle a habilité de même les pouvoirs publics à procéder au besoin à l'extension et à l'élargissement des conventions et accords qui fondent les régimes complémentaires de manière à couvrir l'ensemble des entreprises.

De l'évolution des régimes complémentaires de retraite au cours de la période récente, on retiendra les étapes suivantes :

- Les régimes ARRCO et AGIRC ont dû, à l'aube des années quatre-vingt, s'adapter à la modification des règles d'ouverture des droits à pension du régime général et, plus précisément, à l'abaissement à soixante ans de l'âge d'ouverture du droit à une pension normale. Pour financer les charges découlant de l'abaissement consécutif de

l'âge d'ouverture des droits aux prestations complémentaires, les partenaires sociaux ont été amenés à créer une *structure financière* transitoire, alimentée par une fraction du produit des contributions du régime d'assurance chômage et par un concours financier de l'État (Accord du 4 févr. 1983).

- Les régimes complémentaires de retraite sont confrontés, depuis les années quatre-vingt-dix, à des difficultés financières liées à la fois à l'évolution démographique et au ralentissement de la progression de la masse salariale. Une série d'accords collectifs est ainsi intervenue, pour chacun des deux régimes, en 1994, 1995 et 1996, pour accroître les cotisations et réduire les prestations (suppression d'attribution de points gratuits, modification du régime de revalorisation des pensions, etc.).
- La situation du régime AGIRC s'avérant plus délicate encore, un accord du 25 avril 1996 a institué une *solidarité financière* entre les deux régimes ARRCO et AGIRC au profit de ce dernier. La solidarité prend la forme d'un transfert fondé sur la comparaison des rendements respectifs des deux régimes et la péréquation des charges sur la base du rendement le plus faible.

Saisie du contentieux né de l'avenant du 9 février 1994 modifiant les conditions d'attribution des prestations du régime AGIRC, la Cour de cassation a précisé que les partenaires sociaux ne pouvaient remettre en cause des droits déjà liquidés, consacrant ainsi le principe de l'*intangibilité des droits liquidés* (Soc., 23 nov. 1999, *CGT et autres c. CGPME et autres*, Dr. soc. 2000, p. 322, concl. P. de Caigny, note J.-J. Dupeyroux).

4. On précisera enfin que les régimes ARRCO et AGIRC sont intégrés, depuis le 1^{er} janvier 2000, dans les règles de coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale au sein de la Communauté européenne (règlement n° 1408/71/CE du 14 juin 1971).

§2 – LE RÉGIME JURIDIQUE DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DE RETRAITE

1. L'affiliation aux régimes complémentaires de retraite revêt, depuis la loi du 29 décembre 1972 (auj. art. L. 921-1 C. séc. soc.), un caractère *obligatoire*. Le champ d'application de l'obligation d'affiliation s'étend à l'ensemble des salariés qui relèvent, au titre de l'assurance vieillesse, du régime général ou du régime des salariés agricoles. Les dispositions issues de la loi du 29 décembre 1972 confèrent ainsi aux régimes complémentaires de retraite le caractère de régimes *légalement obligatoires*.

Seules font exception certaines catégories de salariés affiliés à un régime complémentaire *ad hoc* : il en va ainsi, en particulier, des agents publics non titulaires qui relèvent du régime *IRCANTEC*, institué par le décret du 23 décembre 1970 et géré par la Caisse des dépôts et consignations, du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile ou encore du personnel des caisses d'épargne.

2. Les régimes complémentaires de retraite des salariés sont institués par des accords nationaux interprofessionnels étendus et élargis par arrêté conjoint des ministres chargés de la Sécurité sociale et du Budget.

3. La gestion des régimes complémentaires est confiée à des *institutions de retraite complémentaire*. Celles-ci constituent désormais une catégorie particulière d'institutions, distinctes des institutions de prévoyance et des institutions de retraite supplémentaire (v. *supra*, sect. 1).

Qualifiées par la loi de « personnes morales à but non lucratif et remplissant une mission d'intérêt général » (art. L. 922-1), elles sont administrées paritairement par les représentants des organisations d'employeurs et de salariés. Elles adhèrent à des fédérations dotées des mêmes caractéristiques, qui pourvoient à la coordination de l'activité des institutions et à la compensation des charges.

4. La pérennité des régimes repose sur la *solidarité interprofessionnelle et générale* entre les institutions. Il appartient aux pouvoirs publics de procéder, le cas échéant, aux mesures d'extension et d'élargissement des conventions et accords collectifs qui fondent les régimes de manière à garantir la solidarité exigée par la loi.

5. Le contentieux afférent aux régimes complémentaires de retraite ressortit à la compétence des juridictions civiles (litiges intéressant l'affiliation des salariés, l'attribution et le paiement des prestations et le paiement des cotisations). Certains litiges relèvent toutefois de la compétence des juridictions de l'ordre administratif (tel est le cas, par ex., des recours formés contre les arrêtés d'extension et d'élargissement des accords).

§3 – LES CARACTÉRISTIQUES DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DE RETRAITE

1. Parmi les caractéristiques communes aux deux régimes ARRCO et AGIRC, on en mentionnera trois :

- Le fonctionnement des régimes repose sur l'application des principes de la *répartition*.
- Ce sont des *régimes par points* : les cotisations versées pendant la période d'activité sont converties chaque année en points, en fonction de la valeur du point en vigueur ; les droits à pension sont déterminés notamment en fonction du nombre des points ainsi acquis au cours de la carrière.
- Les deux régimes sont financés par des cotisations assises sur les rémunérations et à la charge tant du salarié que de l'employeur. Il convient de procéder à la distinction du taux *contractuel* et du taux *d'appel* : alors que le second correspond au taux effectivement appliqué, le taux contractuel est seul retenu pour procéder à la conversion en points du montant des cotisations.

2. Le régime ARRCO s'étend à l'ensemble des salariés ; les cadres sont également affiliés au régime, même s'ils ne cotisent que sur une partie de leur rémunération.

Le régime est financé par des cotisations assises sur la rémunération (équivalente, sauf exception, à l'assiette retenue pour les cotisations de sécurité sociale). L'assiette est divisée en deux tranches, qui déterminent le taux applicable :

- La tranche 1 comprend la part de la rémunération inférieure ou égale au plafond des cotisations de sécurité sociale. Le taux d'appel des cotisations ARRCO est fixé à 7,50 % (taux contractuel : 6 %).
- La tranche 2 comprend la part de la rémunération comprise entre une et quatre fois le montant du plafond des cotisations de sécurité sociale. Le taux d'appel des cotisations ARRCO est fixé à 20 % (taux contractuel : 16 %).
- Les cadres ne sont astreints à cotiser que dans la limite de la tranche 1 (qui prend l'appellation, en ce qui les concerne, de tranche A).

Le régime ARRCO sert aux anciens salariés une pension de retraite ainsi qu'une pension de réversion aux conjoints survivants.

Le régime ARRCO compte aujourd'hui dix-huit millions de cotisants et onze millions de retraités. Il existe, depuis la fusion des régimes, trente-six institutions.

2. Le régime AGIRC s'étend aux seuls *cadres*. La notion est toutefois largement entendue, l'affiliation au régime s'imposant aux employés, techniciens, agents de maîtrise et collaborateurs justifiant de certains coefficients de rémunération.

Le régime est financé par des cotisations assises sur la rémunération (équivalente, sauf exception, à l'assiette retenue pour les cotisations de sécurité sociale). L'assiette est divisée en deux tranches, qui déterminent le taux applicable :

- La tranche B comprend la part de la rémunération comprise entre une et quatre fois le montant du plafond des cotisations de sécurité sociale. Le taux d'appel des cotisations AGIRC est fixé à 20,3 % (taux contractuel : 16,24 %).
- La tranche C comprend la part de la rémunération comprise entre quatre et huit fois le montant du plafond des cotisations de sécurité sociale. Le taux d'appel des cotisations AGIRC est fixé à 20,3 % (taux contractuel : 16,24 %).

Le régime AGIRC sert aux anciens salariés une pension de retraite ainsi qu'une pension de réversion aux conjoints survivants. Le régime couvre également, moyennant une cotisation distincte (au taux de 1,5 % sur la seule tranche A), le risque décès.

Le régime AGIRC compte aujourd'hui 3,6 millions de cotisants et 2,1 millions de retraités. Il existe vingt-trois institutions AGIRC.

CHAPITRE III

L'INDEMNISATION DU CHÔMAGE

INTRODUCTION

1. Découlant de la perte de l'emploi, le chômage se traduit par la diminution, voire par la disparition des revenus du travailleur, incapable dès lors de faire face aux nécessités de l'existence. L'indemnisation du chômage se traduit ainsi par l'attribution de prestations en espèces (les *allocations* de chômage) de manière à permettre au travailleur sans emploi de subvenir à ses besoins en attendant de retrouver un nouvel emploi.

Du chômage total, on distingue le chômage *partiel* qui se traduit par une diminution de l'horaire de travail, et donne lieu à des mesures d'indemnisation spécifiques (v. *infra*, sect. 2).

2. Le chômage a pris, depuis le milieu des années soixante-dix, une dimension préoccupante en France. Il frappe, d'une part, une proportion importante de la population active (de 8 à 10 % selon les périodes) ; il tend, d'autre part, à s'allonger (on parle de chômage de *longue durée*). Les jeunes (notamment en l'absence de formation), les personnes peu qualifiées, les chômeurs de plus de cinquante ans paient le plus lourd tribut au chômage.

En novembre 2007, on comptait ainsi en France 1 907 100 demandeurs d'emploi, soit un taux de chômage de 7,9 % (selon la définition retenue par le Bureau international du travail : personne sans emploi déclarant rechercher un emploi à plein temps et à durée indéterminée).

3. L'indemnisation du chômage s'inscrit, en France, dans un contexte particulier :

- L'indemnisation du chômage ne relève pas du système de sécurité sociale. Les pouvoirs publics n'ont pas jugé utile, en 1945, d'étendre la couverture de celui-ci au chômage, qui ne revêtait pas, à l'époque, une réelle importance. La prise en charge du risque s'est ainsi développée, à compter de 1958, dans un cadre distinct de la sécurité sociale, même si le régime d'assurance chômage s'apparente aujourd'hui à un régime de sécurité sociale.
- Les règles de l'indemnisation du chômage figurent dans les dispositions non du Code de la sécurité sociale, mais du Code du travail (art. L. 351-1 et s.). Elles font une part importante à la négociation collective.
- L'indemnisation du chômage ressortit toutefois, du point de vue des règles internationales et européennes, aux systèmes de sécurité sociale. Ainsi le régime d'assurance chômage est-il soumis aux règles de coordination entre les systèmes de sécurité sociale des États membres de l'Union européenne (règlement n° 1408/71/CE du 14 juin 1971).

4. Le traitement du chômage appelle à la fois des mesures d'indemnisation (souvent qualifiées de dépenses *passives*), et des mesures d'aide au retour à l'emploi : prospection des emplois, placement des demandeurs d'emploi, formation professionnelle, bilan de compétences, etc. (dépenses *actives*).

La politique de lutte contre le chômage repose traditionnellement, en France, sur la distinction des deux catégories de mesures : la politique du placement des travailleurs sans

emploi relève, plus particulièrement, de l'*Agence nationale pour l'emploi* (ANPE), l'indemnisation des organismes du régime d'assurance chômage (les *Assedic*).

Cette distinction tend toutefois à s'effacer :

- Demeurée jusqu'à présent maître d'œuvre du placement des travailleurs sans emploi, l'ANPE agit de concert avec nombre d'autres organismes et intervenants (dont les *Assedic*).
- Les partenaires sociaux se sont engagés dans une politique d'*activation* des dépenses de l'assurance chômage (v. le projet personnalisé d'accès à l'emploi).

5. La loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la *réforme de l'organisation du service public de l'emploi* devrait marquer une nouvelle étape dans l'organisation de l'indemnisation du chômage.

Sans remettre en cause la distinction du régime d'assurance chômage et du régime de solidarité, la loi du 13 février 2008 conduit à la suppression de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et des *Assedic* pour leur substituer un *opérateur unique* (dont le nom n'est pas encore connu). À cet opérateur unique, doté d'un conseil d'administration composé, notamment, de représentants de l'État, des collectivités territoriales et des partenaires sociaux (ceux-ci constituant la majorité du conseil), et d'un directeur général nommé par les pouvoirs publics, reviendront les missions auparavant dévolues à l'ANPE et aux *Assedic* : inscription des demandeurs d'emploi, versement des prestations d'assurance et de solidarité, prospection des offres d'emploi, placement et accompagnement des demandeurs d'emploi.

La loi du 13 février 2008 prévoit, par ailleurs, le transfert aux URSSAF du recouvrement des contributions d'assurance chômage (certaines exceptions subsistent toutefois : salariés agricoles, intermittents du spectacle, etc.). Le recouvrement et le contrôle des contributions interviendront selon les règles et sous les garanties propres aux cotisations de sécurité sociale ; le contentieux relèvera, de même, de la compétence du tribunal des affaires de sécurité sociale.

La loi institue enfin une instance nationale provisoire pour la mise en œuvre de ces dispositions. La réforme devrait normalement prendre effet au plus tard le 1^{er} janvier 2012.

6. De l'indemnisation proprement dite du chômage total, on distinguera enfin les mesures de *préretraite*, qui s'appliquent, certes, à des travailleurs privés d'emploi, mais tendent, plus simplement, à leur garantir un revenu de remplacement jusqu'à la liquidation de leurs droits à pension de retraite.

Initialement instituées dans le cadre du régime d'assurance chômage (allocations de *garantie de ressources*), ensuite assumées principalement par l'État (à travers le Fonds national pour l'emploi), les préretraites ont connu un développement considérable au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix. Elles connaissent aujourd'hui une moindre faveur au profit des politiques de maintien ou de retour à l'emploi des *seniors*.

> SECTION 1

L'indemnisation du chômage total

INTRODUCTION

1. Ne figurant pas au nombre des risques couverts par la sécurité sociale, l'indemnisation du chômage total est demeurée, en 1945-1946, du ressort de l'aide sociale : les personnes

sans emploi pouvaient prétendre, sous condition de ressources, à une allocation : l'*aide publique à l'emploi*, versée par la commune et financée pour partie par l'État.

2. C'est en 1958 que naît le régime d'*assurance chômage* à l'initiative des partenaires sociaux avec l'appui du Gouvernement.

Le régime est issu d'une convention collective nationale conclue le 31 décembre 1958. Il répond aux principes des régimes contributifs : les allocations servies en cas de chômage sont la contrepartie des contributions versées antérieurement par le salarié et par l'employeur pendant la période d'activité. La gestion du régime est confiée à des organismes institués à cet effet : les *Associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce* (Assedic), coiffées par l'*Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce* (Unedic).

Diverses mesures interviendront ensuite, notamment en 1967, pour étendre le champ d'application du régime à de nouvelles catégories de demandeurs d'emploi. L'aide publique à l'emploi subsistait en l'état pour les chômeurs ne relevant pas du régime d'assurance.

3. La loi n° 79-32 du 16 janvier 1979 entendit fusionner les deux systèmes en confiant aux Assedic le soin de servir à la fois les prestations contributives réservées aux salariés qui ont perdu leur emploi après avoir exercé une activité et été affiliés au régime, et les prestations destinées à certaines catégories de chômeurs dépourvus de droits contributifs (par ex. : jeunes à la recherche d'un premier emploi). Le financement devait être assuré par les contributions des salariés et de leurs employeurs et complété par une subvention de l'État.

Le système issu de la loi du 16 janvier 1979 n'a pas survécu au développement du chômage et à la crise financière consécutive. La convention du 31 décembre 1958 ayant été dénoncée à l'automne 1982 par le CNPF (appellation antérieure du MEDEF), le Gouvernement dut intervenir : un décret du 28 novembre 1982 édicta une série de mesures restrictives destinées à rétablir les comptes du régime.

L'ordonnance n° 84-198 du 21 mars 1984 en est revenue à la distinction antérieure des deux régimes : le régime d'*assurance chômage*, d'une part, qui répond aux principes des régimes contributifs, et le régime de *solidarité*, d'autre part, qui renoue avec les principes de l'aide sociale. La réforme a préservé toutefois l'unité de gestion, les Assedic étant appelées à servir indifféremment les prestations des deux régimes.

§1 – LES CONDITIONS GÉNÉRALES D'OUVERTURE DES DROITS

1. Le droit aux prestations des régimes d'assurance et de solidarité est ouvert sous trois conditions principales :

- Le travailleur doit être *involontairement privé d'emploi*;
- Il doit être également *apte au travail*;
- Il doit enfin procéder *activement à la recherche d'un emploi* (les demandeurs d'emploi en fin de carrière sont toutefois dispensés de cette obligation).

Sauf exception, le droit aux prestations de chômage s'éteint à l'âge de soixante ans.

2. Le demandeur d'emploi doit requérir son *inscription sur la liste des demandeurs d'emploi* auprès des services de l'ANPE. Il doit également répondre aux différentes convocations et formalités de ceux-ci, qu'il s'agisse de la vérification de sa situation, de la réponse aux offres d'emploi ou encore de l'examen de sa situation (bilan de compétences, reclassement, formation ou reconversion, etc.).

L'Assedic participe désormais aux efforts d'aide au retour à l'emploi dans le cadre du *projet personnalisé d'accès à l'emploi*.

3. Si le demandeur d'emploi ne satisfait pas à ses obligations (par ex. : défaut de réponse aux convocations, refus sans motif légitime de plusieurs offres d'emploi, absence de recherche d'emploi), il peut faire l'objet :

- d'une mesure de *radiation de la liste des demandeurs d'emploi* : celle-ci le prive de ses droits aux prestations ainsi que de l'accès aux services de l'ANPE pendant la durée de la radiation.
- d'une mesure de *suppression de ses droits aux prestations*, temporaire ou définitive, partielle ou totale : prononcée par le préfet (après avis d'une commission où siègent, notamment, des représentants des partenaires sociaux), cette mesure de sanction a fait l'objet d'un encadrement par le décret n° 2005-915 du 2 août 2005 (celui-ci institue, en particulier, une véritable échelle des sanctions en fonction de la nature des manquements).

Les sanctions peuvent faire l'objet d'un recours devant les juridictions de l'ordre administratif.

§2 – LE RÉGIME D'ASSURANCE CHÔMAGE

Renouant avec les principes issus de la convention collective du 31 décembre 1958, l'ordonnance du 21 mars 1984 a rétabli dans son autonomie le régime d'assurance chômage tout en le soumettant à des règles bien précises.

A. La convention d'assurance chômage et son agrément

1. La définition des règles constitutives du régime d'assurance chômage repose à la fois sur l'intervention du législateur et sur la négociation collective.

Les principes directeurs du régime (champ d'application, règles de financement, droits aux prestations) sont fixés par la loi (cf. art. L. 351-3 et s. C. trav.), complétée sur certains points par voie réglementaire.

La mise en œuvre des principes ainsi définis par la loi fait l'objet, principalement, d'une *convention d'assurance chômage*, négociée et conclue par les organisations syndicales nationales les plus représentatives des employeurs (MEDEF, CGPME et UPA) et des salariés (CFDT, CFTC, CGC-CFE, CGT et CGT-FO).

La négociation conduit, en pratique, à l'élaboration de deux instruments : une *convention* proprement dite, et un *règlement annexé*, plus précis et détaillé. Le règlement annexé est doué toutefois de la même valeur juridique que la convention.

2. Si les organisations signataires doivent déterminer les mesures d'application nécessaires au fonctionnement du régime d'assurance chômage, la question s'est posée de l'extension de la négociation à d'autres questions touchant la situation des travailleurs sans emploi.

La convention du 1^{er} janvier 2001 ayant institué, parallèlement à l'indemnisation, un mécanisme d'accompagnement des demandeurs d'emploi (le *plan d'aide au retour à l'emploi* [PARE]), le Conseil d'État en a admis la validité (CE, 11 juill. 2001, *Syndicat SUD Travail et autres*, Dr. soc. 2001, p. 867, concl. S. Boissard ; JCP éd. G 2002.II.10058, note X. Prétot). La position de la Cour de cassation s'avère nettement plus nuancée (Soc., 31 janv. 2007, *Assedic Alpes-Provence-Côte d'Azur*, Dr. soc. 2007, p. 403, note X. Prétot).

3. La convention d'assurance chômage ne devient exécutoire qu'après avoir été agréée par le ministre du Travail. Lorsqu'il est saisi de la convention, le ministre est tenu de refuser l'agrément d'une convention illégale (du moins doit-il purger la convention de ses clauses illégales). Il peut également refuser d'agréer une convention, même légale, si celle-ci porte atteinte à la protection des droits des travailleurs sans emploi ou ne garantit pas l'équilibre financier du régime (CE, 11 juill. 2001, *Medef et autres*, *Dr. soc.* 2001, p. 849, concl. S. Boissard; *JCP éd. G* 2002.II.10058, note X. Prétot).

Lorsque la négociation n'a pas débouché sur une convention, ou que celle-ci n'a pas été approuvée par le ministre, les mesures d'application du régime sont fixées par décret (tel a été le cas au cours du second semestre 2000 : le ministre du Travail n'ayant pas agréé la convention conclue entre certaines organisations, un décret du 30 juin 2000 s'est substitué aux règles de la convention antérieure venue à expiration).

4. Si l'agrément de la convention revêt le caractère d'un *acte administratif réglementaire* (dont le contentieux relève ainsi de la compétence des juridictions de l'ordre administratif), la nature juridique de la convention d'assurance chômage est plus complexe.

Il est admis que la convention constitue, faute de toute personne publique parmi ses parties signataires, un *contrat de droit privé*. Elle ne relève plus, depuis les réformes opérées en 1979 et en 1984, de la catégorie des conventions et accords collectifs ; en particulier, le principe de la disposition la plus favorable ne lui est pas applicable.

Contrat de droit privé, la convention d'assurance chômage peut faire l'objet d'une action en nullité devant les juridictions civiles. Le Conseil d'État admet également qu'il peut se prononcer, par voie d'exception, sur la validité de la convention lorsqu'il est saisi aux fins d'annulation de son agrément.

B. L'organisation et la gestion du régime

1. La gestion du régime d'assurance chômage demeure du ressort des Assedic et de l'Unedic.

Les Assedic sont, de même que l'Unedic, constituées sous la forme d'associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901. Elles sont dirigées par un conseil d'administration composé paritairement de représentants des organisations d'employeurs et de salariés. Il existe, en principe, une Assedic par département ; les Assedic se constituent parfois en groupement pour des tâches communes (par ex. : le groupement des Assedic de la région parisienne [GARP]).

L'Unedic assure la coordination de l'action des Assedic et veille à l'équilibre d'ensemble du régime. Elle ne dispose pas, à la différence des organismes nationaux de sécurité sociale, de véritables pouvoirs de contrôle sur les Assedic.

2. Les rapports entre les Assedic et leurs usagers ne sont pas d'ordre contractuel : ils procèdent des mêmes pouvoirs de décision que les organismes de la convention et de son règlement annexé (cf. Soc., 31 janv. 2007, *Assedic Alpes-Provence-Côte d'Azur*, préc.).

C. Le champ d'application du régime

1. Le régime d'assurance chômage s'applique à l'ensemble des travailleurs salariés.

L'assujettissement s'impose, plus précisément, à tous les salariés titulaires d'un contrat de travail, y compris les travailleurs détachés par l'employeur à l'étranger et les travailleurs français expatriés.

Le régime s'applique, en principe, de manière identique à l'ensemble des salariés intéressés. Certaines catégories font l'objet toutefois de règles particulières d'assujettis-

sement, de contribution et de prestations (par ex. : travailleurs à domicile, VRP, intermittents du spectacle) qui figurent dans des annexes à la convention.

2. S'il s'applique principalement aux travailleurs salariés du secteur privé, le régime d'assurance chômage étend également ses effets aux personnels du secteur public (fonctionnaires territoriaux, personnels des entreprises publiques à statut, personnels non titulaires des collectivités publiques, etc.). Selon les catégories, la collectivité employeur peut adhérer au régime d'assurance chômage (dans les mêmes conditions qu'un employeur privé) ou pourvoir elle-même, en respectant les clauses de la convention, au paiement des prestations à ses anciens agents.

D. Le financement du régime

1. Le financement du régime d'assurance chômage est assuré par une *contribution* supportée à la fois par l'employeur et par le salarié.

2. La contribution de l'assurance chômage est assise sur l'ensemble de la rémunération brute dans la limite de quatre fois le montant du plafond des cotisations de sécurité sociale (soit 11 092 € par mois au 1^{er} janv. 2008).

Le taux de la contribution est fixé à 6,40 % : 4 % à la charge de l'employeur et 2,40 % à la charge du salarié.

3. C'est à l'employeur qu'il appartient de procéder au calcul des contributions, au précompte de la part incombant au salarié et au versement à l'Assedic. La loi n° 92-1446 du 31 décembre 1992 a doté les Assedic du pouvoir de procéder au recouvrement forcé des contributions en délivrant après mise en demeure une *contrainte* à l'encontre de l'employeur.

4. Lorsque le licenciement du salarié est dépourvu de cause réelle et sérieuse, l'Assedic peut agir à l'encontre de l'employeur aux fins d'obtenir le remboursement du montant des allocations versées au salarié.

E. Les prestations du régime

1. Le travailleur privé d'emploi peut prétendre à une *allocation de retour à l'emploi* (ARE) dont le montant et la durée de versement sont déterminés en fonction, d'une part, du salaire perçu antérieurement, d'autre part, de la durée d'affiliation antérieure au régime.

2. Le montant brut de l'allocation est égal :

- soit à 40,4 % du salaire journalier de base, auquel s'ajoute une partie fixe égale à 10,66 € (1^{er} semestre 2008) ;
- soit à 57,4 % du salaire journalier de base,

la solution la plus favorable étant retenue.

Le montant de l'allocation ne peut être inférieur à un minimum (26,01 € au 1^{er} semestre 2008), ni excéder 75 % du montant du salaire journalier de base.

3. La durée du versement de l'allocation est fonction de la durée de l'affiliation antérieure au régime, ainsi que de l'âge du bénéficiaire (v. Tableau n° 12).

Le service de l'allocation est maintenu lorsque l'allocataire, âgé de soixante ans au moins, ne peut prétendre dans l'immédiat à une pension de retraite au taux plein.

Tableau 12. - **MODALITÉS D'ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION DE RETOUR À L'EMPLOI**

DURÉE D'AFFILIATION ANTÉRIEURE	ÂGE DU SALARIÉ	DURÉE MAXIMALE D'INDEMNISATION
182 jours (6 mois) ou 910 heures au cours des 22 derniers mois		213 jours (7 mois)
365 jours (12 mois) ou 1 820 heures au cours des 20 derniers mois		365 jours (12 mois)
487 jours (16 mois) ou 2 426 heures au cours des 26 derniers mois		700 jours (23 mois)
821 jours (27 mois) ou 4 095 heures au cours des 36 derniers mois	50 ans et plus	1 095 jours (36 mois)

4. L'allocation de retour à l'emploi peut être cumulée avec les revenus tirés d'une activité réduite.

§3 – LE RÉGIME DE SOLIDARITÉ

1. Le régime de solidarité relève de l'aide sociale de l'État; il est financé par le budget de l'État. La gestion en est néanmoins confiée, pour des raisons de simplification, aux Asse-dic qui versent les prestations pour le compte de l'État. Le régime de solidarité comprend aujourd'hui trois prestations, également soumises à de strictes conditions de ressources.

2. *L'allocation de solidarité spécifique* (ASS) est servie aux demandeurs d'emploi qui ont épuisé leurs droits aux prestations du régime d'assurance chômage, peuvent justifier d'une activité salariale antérieure minimale (cinq ans au moins dans les dix ans précédant l'ouverture des droits aux prestations du régime d'assurance) et ont des ressources inférieures à un seuil déterminé.

L'allocation est égale à 14,74 € par jour (au 1^{er} janv. 2008).

L'allocation est assortie d'une majoration (6,42 € par jour au 1^{er} janv. 2008) pour certains allocataires (allocataires âgés de cinquante-cinq ans et justifiant de vingt années d'activité salariée; allocataires âgés de cinquante-sept ans et demi et justifiant de cent soixante trimestres au titre de l'assurance vieillesse).

3. Instituée à la fin de l'année 2006, *l'allocation temporaire d'attente* (ATA) est servie aux étrangers demandeurs d'asile âgés de dix-huit ans au moins, munis d'une autorisation provisoire de séjour et ne bénéficiant pas d'un hébergement dans une structure d'accueil spécialisée.

L'allocation est égale à 10,38 € par jour (au 1^{er} janv. 2008); elle est servie jusqu'à l'obtention (ou au refus) du statut de réfugié.

4. *L'allocation équivalent retraite* (AER) est ouverte à certaines catégories de demandeurs d'emploi qui justifient, avant d'avoir atteint l'âge de soixante ans, de cent soixante trimestres au titre de l'assurance vieillesse et de ressources inférieures à certains seuils.

L'allocation est égale à 31,82 € par jour (au 1^{er} janv. 2008). Elle est servie jusqu'à l'âge auquel l'intéressé peut faire liquider ses droits à une pension de retraite.

> SECTION 2

L'indemnisation du chômage partiel

Lorsque l'employeur doit réduire la durée du travail, voire cesser temporairement l'activité de l'entreprise pour des motifs économiques, les salariés qui perdent, en tout ou partie, leur rémunération, peuvent prétendre à une indemnisation.

A. La définition du chômage partiel

1. Le chômage partiel résulte :

- soit de la fermeture temporaire de tout ou partie de l'entreprise ou de l'établissement ;
- soit de la réduction de l'horaire de travail habituel en dessous de la durée légale du travail (35 heures hebdomadaires).

La suspension ou la diminution de l'activité doit revêtir un caractère collectif et temporaire.

Il importe également que le salarié demeure lié à l'entreprise par son contrat de travail et qu'il subisse effectivement une perte ou une réduction de salaire du fait du chômage partiel.

2. Le chômage partiel doit procéder de motifs déterminés : conjoncture économique, difficultés d'approvisionnement en énergie ou en matières premières, sinistre ou intempéries de caractère exceptionnel, transformation ou restructuration de l'entreprise ou de l'établissement, autres circonstances de caractère exceptionnel.

Le bénéfice de l'indemnisation est exclu en cas de chômage saisonnier ou de conflit collectif du travail.

3. Le recours au chômage partiel est subordonné à certaines formalités (consultation des représentants du personnel, demande préalable adressée aux services de l'administration du travail).

B. Les allocations dues en cas de chômage partiel

1. L'indemnisation du chômage partiel associe une allocation à la charge de l'État et des allocations conventionnelles dont le financement est assuré par l'employeur moyennant l'intervention de l'État.

2. L'allocation d'aide publique (dite *allocation spécifique*) est à la charge de l'État. Elle est versée pour chaque salarié, pour chaque heure de travail perdue en dessous de la durée légale du travail, dans la limite d'un contingent annuel (600 heures par an et par salarié).

Le taux de l'allocation est fixé à 2,44 € par heure dans les entreprises qui comptent deux cent cinquante salariés au plus, et à 2,13 € par heure dans les entreprises qui comptent plus de deux cent cinquante salariés.

L'admission des salariés d'une entreprise au bénéfice de l'allocation est prononcée par le préfet du département. L'allocation est versée directement à chaque salarié par l'employeur, qui bénéficie ensuite d'un remboursement global par l'État.

3. Un accord national interprofessionnel conclu le 21 février 1968 (modifié à plusieurs reprises) a donné naissance à une *allocation conventionnelle*.

L'allocation conventionnelle est attribuée dans des conditions un peu plus restrictives que l'allocation spécifique (elle ne joue pas ainsi en cas de chômage résultant d'intempéries ou de circonstances exceptionnelles). Elle est versée pour chaque salarié, pour chaque heure de travail perdue, dans la limite du contingent annuel.

L'indemnité horaire est égale à 50 % de la rémunération brute, diminuée du montant de l'allocation spécifique. Elle ne peut être inférieure à un minimum (auj. 4,42 €).

L'allocation conventionnelle est à la charge de l'employeur. Celui-ci peut toutefois obtenir un concours financier de l'État dans le cadre d'une convention avec le Fonds national de l'emploi.

4. La loi du 23 décembre 1972 a entendu garantir une *rémunération mensuelle minimale* aux salariés. Le champ d'application de la garantie est plus large que celui des allocations publique et conventionnelle : elle s'applique, en effet, quelle que soit la cause du chômage partiel et s'étend, par exemple, à des réductions d'activité découlant du manque de débouchés ou des difficultés d'approvisionnement de l'entreprise.

La rémunération garantie est égale au produit du taux horaire du SMIC par le nombre d'heures correspondant à la durée légale du travail pour le mois considéré. La garantie porte sur la différence entre, d'une part, la rémunération garantie ainsi déterminée, et, d'autre part, le montant du salaire perçu, des allocations publiques et des allocations conventionnelles, et donne lieu au versement d'une allocation différentielle.

L'allocation est à la charge de l'employeur, l'État lui remboursant toutefois la moitié des sommes correspondant au montant des allocations versées aux salariés.

C. Le chômage partiel total

1. Le chômage partiel total résulte :

- soit de la prolongation du chômage partiel au-delà de vingt-huit jours ;
- soit de la mise au chômage partiel des salariés alors que le contingent annuel de 600 heures est déjà épuisé.

2. En cas de chômage partiel total, le salarié peut prétendre, alors même que son contrat de travail n'est pas rompu, au bénéfice des allocations du régime d'assurance chômage. L'indemnisation est subordonnée à certaines conditions (et, notamment, les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance chômage à l'exception de celle tenant à la perte d'emploi) ; elle ne peut pas excéder une période de six mois.